AUG 1937 LIBRARY

Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen.
Vorstand: Professor Dr. Mayer.

Über Sterilisierungs-Operationen.

Ein Bericht aus der Universitätsfrauenklinik Tübingen über die Jahre 1918—1930.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen.

vorgelegt von

Gudrun Haas

aus Böblingen.

1936

Buchdruckerei Richard Schlecht, Böblingen, Schafgasse 8

Dekan: Prof. Dr. Dold.

Berichterstatter: Prof. Dr. Mayer.

Zum Druck genehmigt von der Medizinischen Fakultät Tübingen.

Meinem Vater!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153309_0212

Inhalts-Verzeichnis.

Seite

I. Einleitung 5

II. Indikationen 8

A. Geburtshilflich-gynäkologische Indikationen 8
1. Habituelle Atonie 8
2. Enges Becken 8
3. Placenta praevia 10
4. Status nach Blasenscheidenfisteloperation 11
5. Status nach Prolapsoperationen 11
a) Einfacher Prolaps 12
b) Prolapsrezidiv 12
c) Nebenindikationen neben Prolapsoperationen . . 13
aa) Krampfadern 13
bb) Atonien 14
cc) Otosklerose 14
dd) Tetanie 14
ee) Eugenische Nebenindikationen 15
ff) Wirtschaftliche Nebenindikationen 15
d) Status nach früheren Prolapsoperationen 16
6. Extrauterinschwangerschaft 16
7. Sonstiges 17
a) Schwere Geburten 17
b) Hochgradige Verkrüppelung 18
c) Habituelle Fehlgeburten 18
d) Parametritis 18
e) Bauchbruch und Riesenhängeleib 19

B. Medizinische Indikationen 20
1. Tuberkulose 20
a) Lungentuberkulose 21
aa) Schwangerschaftsunterbrechg. u. Sterilisierg. 22
bb) Kaiserschnitt und Sterilisierung 22
cc) Gynäkologische Operation und Sterilisierung 22
dd) Nur Sterilisierung 23
b) Kehlkopftuberkulose 23
c) Nierentuberkulose 24
d) Wirbeltuberkulose 24
e) Drüsen- Haut- und Knochentuberkulose 25

Anhang: 1) Postoperative Störungen 25
2) Spätresultate 26

2. Herzleiden 27
a) Mitralstenose 27
b) Mitralinsuffizenz 28
c) Aortenfehler 29
3. Nierenleiden 29
a) Chronische Nephritis 29
b) Schwangerschaftsniere 30
c) Cystopyelitis 30
4. Asthma 31
5. Basedow 31
6. Gicht 32
7. Erkrankungen des Zentralnervensystems: 32
a) Multiple Sklerose 32
b) Tabes dorsalis 33
c) Bulbo-syringomyelie 33
d) Encephalitis 34
8. Erschöpfungszustände 34
9. Haemolitischer Ikterus 35
10. Lymphogranolomatose 35
11. Bronchiektasen 36

C. Medizinisch-eugenische Indikationen 36
1. Haemophilie 36
2. Epilepsie 37
3. Psychosen 39
a) Psychopathie 39
b) Zirkuläres Irresein 39
c) Schizophrenie 40
4. Imbezillität 40

III. Sterilisierungsmethoden 42
Anhang: Versager 43
1. Bei einer in unserer Klinik sterilisierten Frau 43
2. Bei einer außerhalb sterilisierten Frau 43

IV. Todesfälle und sonstige Komplikationen 44

A) Todesfälle 44

B) Sonstige Komplikationen 46

Literatur-Verzeichnis . . . . . .

1. Einleitung.

In den Jahren 1918—30 nahmen wir an der Tübinger Universitätsfrauenklinik insgesamt 219 Sterilisierungsoperationen vor, bei einem Gesamtdurchgang von rund 39500 Patientinnen in diesen Jahren. Es entfallen durchschnittlich auf 1 Jahr 17 Sterilisierungsoperationen, das ist 0,5% unseres Gesamtmaterials. Die Verteilung über die einzelnen Jahre ist eine ziemlich gleichbleibende. Den niedrigsten Prozentsatz mit 0,21% hatten wir im Jahr 1919, den höchsten mit 0,84% im Jahr 1921, während er im Jahr 1930 wieder nur 0,25% betrug.

Die Sterilisierungsoperationen waren nur Sterilisierungen in 27 Fällen (= 12,3%), Sterilisierung und Kaiserschnitt in 49 Fällen (= 22,4%), Sterilisierung u. Schwangerschaftsunterbrechung in 91 Fällen (= 41,6%), Sterilisierung und gynäkologische Operation in 52 Fällen (= 23,7%).

Also nur bei 1/8 unserer Sterilisierungsfälle haben wir allein zum Zweck der Sterilisierung eingegriffen, d. h. wir haben nur in einem so geringen Prozentsatz es für nötig erachtet, nur unter dem Gesichtspunkt: Verhütung jeder weiteren Schwangerschaft zur Operation zu schreiten.

Es handelt sich bei diesen 27 Fällen 7-mal um geburtshilflich-gynäkologiche Begründungen (3-mal habituelle Atonie, 1-mal frühere Bauchhöhlenschwangerschaft, 3-mal sonstige Unterleibserkrankungen), 10-mal waren es allgemein-medizinische Gründe (6-mal Tuberkulose, 1-mal Basedow, 2-mal Herzfehler, 1-mal Bronchiektasen) und 10-mal medizinisch-eugenische Gründe (4-mal Epilepsie, 3-mal Psychose, 3-mal Schwachsinn).

49 Frauen wurden im Anschluß an einen Kaiserschnitt sterilisiert, das macht im Jahr durchschnittlich 4 Kaiserschnitte mit gleichzeitiger Sterilisierung. Eine zwingende Indikation zur Sterilisierung im Anschluß an Kaiserschnitt zur Verhütung weiterer Kaiserschnitte, wie es zum Beispiel beim engen Becken häufig der Fall ist, besteht selten schon beim ersten Kaiserschnitt. Denn bei der heutigen Methode des zervikalen Kaiserschnitts können wir einer Frau ohne große Gefahr noch einen zweiten Kaiserschnitt zumuten. Die Gefahr der Uteruszerreißung war bei den früheren corporalen Schnittmethoden eine viel größere. Wir haben in diesen 13 Jahren nur einmal eine Uteruszer-

reißung nach Kaiserschnitt erlebt. Dabei war der vorausgehende Kaiserschnitt außerhalb gemacht und unter schwerer Eiterung geheilt. Die Frau wurde bei der nachfolgenden Geburt mit Uterusruptur eingeliefert. Es gelang, den Uterus zu erhalten und 1 Jahr später konnten wir der Frau zu einem lebenden Kinde durch Kaiserschnitt — jetzt mit anschließender Sterilisierung — verhelfen.

Unter den 49 Sterilisierungen nach Kaiserschnitt haben wir 2-mal erst beim 4. Kaiserschnitt, 7-mal beim 3., 9-mal beim 2. und 31-mal beim 1. Kaiserschnitt sterilisiert.

91 Frauen wurden im Anschluß an Schwangerschaftsunterbrechung sterilisiert und 52 Frauen im Anschluß an eine andere gynäkologische Operation. Diese Operationen waren vorwiegend Prolapsoperationen, die dann die gleichzeitige Sterilisierung notwendig machten.

Die Indikationen zur Sterilisierung, insbesondere die medizinischen, decken sich wohl häufig mit den Indikationen zur künstlichen Fehlgeburt; doch gingen wir bei der Indikation zur Sterilisierung von einem grundsätzlich anderen Gesichtspunkt aus. Eine Krankheit oder ein Leiden kann für den Augenblick die Unterbrechung einer Schwangerschaft nötig machen, aber noch lange nicht eine Sterilisierung. Denn die Voraussetzung für die Berechtigung zur Sterilisierung ist gegeben: „Wenn nach genügender Beobachtung keine Aussicht auf Heilung der Krankheit besteht und wenn jeder Schwangerschaft eine Verschlechterung folgt" (Oberrhein. Ges. Sch. für Geb. u. Gyn. am 28. 9 1919), oder bei „Krankheiten, welche nur in der Schwangerschaft Erscheinung machen, häufig während späterer Schwangerschaften rezidivieren und in schwangerschaftsfreien Zeiten in ein ruhigeres Stadium eintreten. 2. Krankheiten, deren dauernder chronischer Charakter durch die Schwangerschaft akut verschlimmert wird und durch weitere Schwangerschaften beschleunigt zum Tode führt." (Winter).

Aus der nachfolgenden Tabelle ist die genaue Verteilung auf die einzelnen Indikationsgebiete zu ersehen. Unsere Indikationen zerfallen in solche geburtshilflich-gynäkologischer, medizinischer und medizinisch-eugenischer Art.

Eine Indikation nur aus wirtschaftlichen Gründen kennen wir nicht.

Sterilisierungsoperationen in den Jahren 1918—1930.

	Indikationen	Steril. u. Sect. caes.	Steril. u. Ab. art.	Steril. u. gyn. Op.	nur Steril.	zusammen
A) geburtshilflich-gynäkologisch	Atonie	1	—	2	3	6
	Enges Becken	24	—	—	—	24
	Plac. praev.	5	—	—	—	5
	Status nach Blasenscheidenfistel operation	1	—	—	—	1
	Status nach Prolapsoperat.	7	—	31	—	38
	Extraut. Grav.	—	—	—	1	1
	Sonstiges	1	2	3	3	9
	zusammen	39	2	36	7	84 = 38,4%
B) medizinisch	Tuberkulose	1	56	3	6	66
	Herzleiden	5	9	2	2	18
	Nierenleiden	2	6	—	—	8
	Asthma	1	2	—	—	3
	Basedow	1	—	—	—	1
	Gicht	—	—	—	1	1
	Erkrankung des Zentralnerv. syst. Mult. Sclerose	—	2	1	—	3
	Tabes dors	—	1	—	—	1
	Bulb. syr. myel.	—	—	1	—	1
	Encephalitis	—	1	—	—	1
	Erschöpfungszustände	—	1	3	—	4
	Haemol. Ikterus	—	1	—	—	1
	Lymphogranulom	—	1	—	—	1
	Bronchitektasen	—	—	—	1	1
	zusammen	10	80	10	10	110 = 50,2%
C) med.-engenisch	Haemophilie	—	1	—	—	1
	Epilepsie	—	3	—	4	7
	Psychosen	—	5	6	3	14
	Imbezillität	—	—	—	3	3
	zusammen	—	9	6	10	25 = 11,4%
	A, B, C zusammen	49	91	52	27	219

II. Indikationen.

A) Geburtshilflich-gynäkologische Indikationen.

1) Habituelle Atonie.

6-mal haben wir wegen habitueller Atonie sterilisiert. Es waren durchweg Frauen in der zweiten Hälfte der 30er Jahre, die mehrfach schwere Atonien bei vorausgegangenen Geburten hinter sich hatten. Die Frauen waren alle durch frühere Schwangerschaften stark verbraucht und boten schon in ihrem Allgemeinzustand eine Indikation für Sterilisierung. Die Kinderzahlen der Frauen betrugen: 1-mal 9 Kinder, 3-mal 7 Kinder, 1-mal 6 Kinder, 1-mal 5 Kinder:

1. Frau St. 39 Jahre, 7 Geburten, habituelle Atonien, früher Dammplastik. Jetzt 8. Schwangerschaft. Therapie: Sterilisierung im Anschluß an Kaiserschnitt. Postoperativ: o. B. (PP 18:22.)
2. Frau Sch. 34 Jahre. 6 Geburten, 4-mal Nachgeburtslösung mit starker Atonie, letzte vor 5 Monaten. Z. Zt. Hb. 45%; Eryth. 3,2 Mill. Gebärmuttersenkung Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (741:26.)
3. Frau B. 37 Jahre. 5 Geburten, 5-mal Nachgeburtslösung. 5 Kinder leben. Starke Menorrhagien. Sehr schlechter Allgemeinzustand. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (61:27.)
4. Frau Sch. 35 Jahre. 9 Geburten, 1 Fehlgeburt. Bei den letzten Geburten wiederholt manuelle Placentarlösung und Atonie. Mehrfach Venenentzündungen. Retroflexio uteri. Therapie: Sterilisierung und Doleris. Postopera iv: Pneumonie. (194:28.)
5. Frau F. 40 Jahre. 7 Geburten, 4 Fehlgeburten. Während fast jeder Schwangerschaft schwere Blutungen, nach jeder Geburt Nachgeburtsblutungen. 7 Kinder leben, davon sind 2 schwachsinnig. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (690;29)
6. Frau Sch. 36 Jahre. 7 Geburten. 4 Fehlgeburten. 3 Kinder leben. Mehrfach Atonien. Incontinentia urinae infolge Descensus et retroflexio uteri. Therapie; Sterilisierung und Doleris. Postoperativ; o. B. (764:29.)

2) Enges Becken.

Bei engem Becken — übrigens der ältesten Indikation zur Sterilisierung — haben wir 24-mal sterilisiert und wie schon oben erwähnt, nur am Ende einer Schwangerschaft in Zusammenhang mit Kaiserschnitt.

Niemals haben wir bei einer Erstgebärenden im Anschluß an den Kaiserschnitt sterilisiert. Die beim ersten Kaiserschnitt wegen engen Beckens sterilisierten Frauen hatten schon mehrere teilweise höchst

schwierige Geburten hinter sich, oder es sprachen neben dem engen Becken noch andere Gründe bei der Sterilisierung mit, so z. B. Krampfadern am Scheideneingang und eine Gebärmuttersenkung, Kyphoskoliose, habituelle Atonie, große Kinder. Eine sonst gesunde und noch nicht durch vorausgegangene schwere Geburten geschädigte Frau kann noch mindestens einen zweiten Kaiserschnitt ohne besondere Gefahr überstehen.

Von den erwähnten 24 Frauen wurden aus den obigen Gründen 8 beim ersten Kaiserschnitt sterilisiert, 7 beim zweiten, 7 beim dritten und 2 beim vierten Kaiserschnitt. Der Grad der Beckenenge spielt dabei eine untergeordnete Rolle, ebenso das Alter und die darausfolgende übergroße Straffheit der Weichteile.

Nur 2 der Frauen waren unter 30 Jahre alt, 13 Frauen waren über 35 Jahre, die jüngste unserer Patientinnen war 23 Jahre alt. Sie hatte wegen platt-rachitischen Beckens in 3 Jahren 3 Kaiserschnitte in unserer Klinik gehabt und jedesmal einen lebenden Knaben. Im Anschluß an den dritten Kaiserschnitt haben wir die Frau sterilisiert. Sie ist heute vollkommen beschwerdefrei und hat 3 gesunde Kinder. (Geb. 1010/29.)

Diese 24 Frauen hatten zusammen 110 Geburten, im Durchschnitt entfallen dabei auf 1 Frau 4,7 Geburten. Die Verteilung der Geburten und der Kaiserschnitte auf die einzelnen Frauen ist folgende:

2 Frauen mit 2 Geburten, davon steril. 2 b. 2. Kaiserschnitt
5 Frauen mit 3 Geburten, davon steril. 3 b. 1. Kaiserschnitt
1 b. 2. „
1 b. 3. „
5 Frauen mit 4 Geburten, davon steril. 1 b. 1. „
3 b. 3. „
1 b. 4. „

Frau H. 34 Jahre, IV. p. 3 Geburten (1913 1917), 3-mal Kaiserschnitt wegen engen Beckens. 1919 4. Kaiserschnitt, im Anschluß daran sterilisiert. Auffallend war, daß wir bei der Frau, trotz des 3-maligen vorausgegangenen Kaiserschnittes nur ein mäßig narbiges Gewebe vorfanden. Postoperativ: o. B. (Geb. 12/19).

Es folgen sodann:

6 Frauen mit 5 Geburten, davon steril. 2 b. 1. Kaiserschnitt
1 b. 2. „
3 b. 3. „
2 Frauen mit 6 Geburten, davon steril. 2 b. 2. „

2 Frauen mit 7 Geburten, davon steril. 1 b. 1. Kaiserschnitt
1 b. 4. „

Frau S. 39 Jahre , VII. p. Die 3 ersten Geburten spontan, Kinder leben, waren klein. 4. 5. und 6. Geburt Zange wegen engen Beckens, keines der Kinder lebt. Jetzt Ende der 7. Schwangerschaft. Therapie : Sterilisrerung im Anschluß an Kaiserschnitt. Kind lebt. Postoperativ : Bauchdeckenabscess.Thrombose, am 34. Tag gesund entlassen. (Geb. 1178/29).

Frau B. 34 Jahre, VII. p. Die ersten 3 Kinder waren tot geboren. 4. 5. und 6. Kind Kaiserschnitt. Alle Kinder leben. Jetzt Ende der 7. Schwangerschaft. Therapie : Sterilisierung im Anschluß an Kaiserschnitt. (4.) Postop. : o. B. (Geb. 452/18).

1 Frau mit 8 Geburten sterilisiert beim 2. Kaiserschnitt

1 Fran mit 9 Geburten sterilisiert beim 1. Kaiserschnitt

Frau R. 44 Jahre, IX. p. Unter 8 Geburten : 1-mal Gesichtslage, 2-mal Steisslage. 1-mal Totgeburt. 5 Kinder leben. Ende der 9. Schwangerschaft. Starke Varizen der Beine und der Vulva. Therapie : Sterilisierung im Anschluß an Kaiserschnitt. Postoperativ : Bauchdeckenabscess, am 45. Tag gesund entlassen. (Geb. 163/21).

3) Placenta praevia.

Bei Placenta praevia haben wir nur in 5 Fällen und zwar immer im Anschluß an Kaiserschnitt sterilisiert. In allen 5 Fällen hatten die Frauen schon mehrere Kinder und bei den vorausgehenden Geburten eine Plac. praev. oder sonstige Störungen, die auf eine Erschlaffung der Gebärmutter hinwiesen :

1. Frau Sp. 35 Jahre. 4 Geburten. 3. und 4. Geburt Plac. praev. Klinikaufnahme am Ende der Schwangerschaft wegen Plac. praev. bei starker Anaemie. Therapie : Kaiserschnitt und Sterilisierung. Kind lebt nicht. Postoperativ : o. B. (PP z. Geb. 211/22.)
2. Frau B. 51 Jahre, 10 Geburten. 9 Kinder leben. 1. bis 8. Geburt o. B., 9. und 10. Geburt Plac. praev. vor 1 und 3 Jahren. Beide Male Kaiserschnitt. Aufnahme am Ende der 11. Schwangerschaft wegen vorliegender Nachgeburt. Therapie : Kaiserschnitt und Sterilisierung. Kind lebt (die Nachgeburt sitzt teilweise an der alten Gebärmutternarbe fest.) Postoperativ : o. B. (Geb. 851/26.)
3. Frau B. 33 Jahre. 3 Geburten. 3 Fehlgeburten. 3. Geburt Zerstückelung des Kindes wegen großem Kind bei etwas verengtem Becken, Placentar-Lösung, im Wochenbett Fieber. Aufnahme in die Klinik am Ende der 4. Schwangerschaft mit starker Blutung infolge Plac. praev., schlechter Allgemeinzustand. Bronchitis Therapie : Kaiserschnitt mit Sterilisierung. Die Gebärmutter ist mit vielen kleinen Myomknoten besetzt. Kind lebt. Postoperativ : Am 7. Tag nach der Operation starb Pat. an doppelseitiger Pneumonie und Peritonitis. (Geb. 743/25.)
4. Frau H. 42 Jahre. 4 Geburten. 2 Fehlgeburten. Nur 1 Geburt normal. Uebrige Geburten : 2-mal Zange, 1-mal Querlage mit Wendung, Placentarlösung und Atonie. Während der jetzt bestehenden Schwangerschaft 4-mal Blutung, am

Ende der Schwangerschaft Klinikaufnahme wegen Plac. praev. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Kind lebt. Postoperativ: o. B. (Geb. 60/22.)

5. Frau G. 41 Jahre. 11 Geburten. Bei der letzten Geburt Zwillinge mit Placentarlösung. 10 Kinder leben. Klinikaufnahme wegen Plac. praev. am Ende der Schwangerschaft. Pat. in schlechtem Allgemeinzustand. Starke Blutungen. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Kind lebt. Postoperativ: o. B. 6 Jahre später Röntgen-Kastration wegen starker Blutungen. (Geb. 199/22.)

4) Status nach Blasenscheidenfisteloperation.

Eine Sterilisierung bei einer Blasenscheidenfistel pflegt nicht häufig nötig zu werden. In der Regel kommt es hiebei nicht wieder zur Schwangerschaft.

Anders verhält es sich, wenn durch die Sterilisierung die operierte Fistel vor einem Rezidiv bewahrt werden soll. Ob hier Sterilisierung nötig ist oder nicht, wird in 1. Linie durch den Sitz der Fistel bzw. der Operationsnarbe entschieden werden. Wir sahen uns in 1 Falle genötigt zu sterilisieren. Es handelte sich um eine Blasenscheiden-Cervixfistel. Die 42-jährige Frau hatte 6 zumeist pathologische Geburten hinter sich. Im Anschluß an die letzte Geburt (Perforation des Kindes, außerhalb) war es zu dieser Fistel gekommen. Vor 2½ Jahren war die Fistel unter schwierigen Verhältnissen operiert worden mit einem zwar funktionel guten Resultat, aber ohne tatsächlichen Verschluß der Fistel. Es war zu einem Ventilverschluß gekommen, der sich nach 2 Jahren infolge narbiger Schrumpfung wieder öffnete. In erneuter mühsamer Operation gelang es uns dann tatsächlich die Fistel zu schließen. Nach der 2. Fisteloperation kam es wieder zur Schwangerschaft, und da wir fürchten mußten, daß die Geburt unser ganzes bisheriges Operationsresultat zunichte machen würde, und die Frau dadurch zumindesten in ihrer Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt würde, haben wir die Frau mit Kaiserschnitt entbunden und gleichzeitig sterilisiert. (Geb. 281 83).

5) Status nach Prolapsoperationen.

Zur Sicherung von Prolapsoperationen haben wir insgesamt 38 Frauen sterilisiert und zwar in 31 Fällen in Zusammenhang mit Prolapsoperation und in 7 Fällen zusammen mit Kaiserschnitt zur Sicherung einer früher ausgeführten Prolapsoperation.

An sich wird man bei Prolapsoperation häufig geneigt sein, zu sterilisieren, um den Operationserfolg zu sichern, der bei jeder weiteren

Geburt einer starken Belastung ausgesetzt ist. Leitmotiv wird in den meisten Fällen der von Winter aufgestellte Grundsatz sein: „Vermeidung von Neuerkrankungen“ und „Sicherung vor einem Rezidiz“.

Bei jüngeren Frauen haben wir — wie es auch Pankow und and. fordern — nach Möglichkeit die Gebährfähigkeit erhalten. Wir haben eine große Anzahl Prolapsoperierter, die nach der Operation unter sachgemäßer Leitung noch mehrere Geburten überstanden haben. In solchen Fällen „legen wir nach Rotation des Kopfes auf dem Beckenboden die Zange an und machen in der alten Narbe eine Längsincision, die sofort nach der Geburt des Kindes wieder sorgfältig vereinigt wird.“ (Gänssle)

Bei älteren Frauen sind wir in der Durchführung der Sterilisierung zur Sicherung vor einem Prolapsrezidiv weniger zurückhaltend wie bei jüngeren.

Das Alter unserer 38 zur Sicherung vor Prolapsrezidiv sterilisierten Frauen betrug:

31—35 Jahre . . . . 10 Frauen
35—40 Jahre . . . . 24 Frauen
40—45 Jahre . . . . 4 Frauen

Die Mehrzahl der Frauen war also demnach in der Nähe der Klimax.

Auch haben wir uns nach Möglichkeit an die Forderung: Mehrere lebende Kinder gehalten. Unsere Pat. hatten durchschnittlich 5,3 Geburten und etwa 4,5 lebende Kinder. Nur 1 Frau hatte nur 2 Geburten und 2 lebende Kinder. Eine andere nur 3 Geburten und 1 lebendes Kind.

A) Einfacher Prolaps.

Unter den 31 im Anschluß an Prolapsoperation Sterilisierten haben wir 16 mal wegen einfachen Prolapses im Anschluß an die Operation desselben sterilisiert.

B) Prolapsrecidiv.

In 3 Fällen handelte es sich um ein Prolapsrezidiv nach früheren Operationen: Bei einer dieser Frauen war früher schon 2 mal ein Prolaps operiert worden (vor 7 und 1 Jahr) und jetzt nach einem weiteren Jahr war wieder ein Rezidiv aufgetreten:

1) Frau Sch. 39 Jahre. 3 Geburten. Vor 7 Jahren erstmals Plastik, vor 6 Jahren im Anschluss an 3. Geburt Rezidiv. Descensus, der sich allmählich zu einem Totalprolaps entwickelte. Vor einem Jahr Operation desselben durch Befestigung

des Lig. rot an der Bauchdecke. Jetzt wieder Descensus und Vorfall der vord. Scheidenwand bei sonst guter Beckenbodenmuskulatur, außerdem Schenkelbruch rechts. Therapie: Collifixur nach Bumm und Sterilisierung, Schenkelbruchoperation. Postoperativ: Am 7. Tag nach der Operation mechanischer Ileus. Bei Wiedereröffnung des Bauches fand sich wenig Erguß, reichlich Verklebungen und Verwachsungen mussten gelöst werden. Mit Kochsalz, Traubenzucker und Hyphophysin war die Pat. vom 6. Tag ab über die akute Gefahr weg. Nach 4 Wochen Entlassung bei gutem anatomischen Resultat. Nach späterer Mitteilung soll 9 Jahre nach der Operation wieder ein Vorfall aufgetreten sein. (1253/22)

2) Frau K. 38 Jahre, 4 Geburten. Vor 14 Jahren Vorfallplastik, die mit Eiterung heilte, vor 6 Jahren 4. Geburt, danach Prolapsrecidiv. Es besteht jetzt ein Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand, außerdem eine zeitweilige Blasenschwäche. Therapie: Alexander-Adams, vordere und hintere Plastik, Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (PP. 301/24.)

3) Frau K. 31 Jahre, 3 Geburten. 3. Geburt Querlage. Nach der 2. Geburt erstmals Prolaps, vor 3 Jahren erstmals vordere und hintere Plastik, 3. Geburt vor 1 Jahr, seither Recidiv, ein Ring hält nicht mehr, Scheideneingang klafft, Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand. Therapie: Blasenraffnaht, vordere und hintere Plastik, Sterilisierung. Postoperativ: am 9. Tag Schüttelfrost, Bronchopheunomie, Pelveoperitonitis. Am 12. Tag Exitus. Sektionsbefund: links eitrige Salpingitis, fibrös eitrige Perimetritis. Die Plastik ist glatt verheilt. (249/29).

C) Nebenindikationen neben Prolapsopeatioen.

In 12 Fällen bestand neben der Indikation „Prolaps" noch eine Nebenindikation. Die Nebenindikationen waren zum Teil geburtshilflich-gynäkologischer, teils medizinischer Art:

aa) Krampfadern.

So bestehen 4 mal neben dem Vorfall ausgedehnte Krampfadern:

1) Frau M. 35 Jahre, 4 Geburten. Prolaps der hinteren Scheidenwand. Pat. hat ausgedehnte Krampfadern, die besonders während der Schwangerschaft jedesmal sehr heftige Beschwerden machten, während der letzten Schwangerschaft beinahe unerträgliche Beschwerden. Therapie: Colpohysterotomia ant., Sterilisierung und hintere Plastik. Postoperativ: o. B. (PP. 43/24.)

2) Frau M. 35 Jahre 4 Geburten. Vesico-rectocele. Ausgedehnte Krampfadern, die besonders in den Schwangerschaften große Beschwerden machen. Die rechte große Labie ist ein Krampfaderknoten, außerdem bestehen beiderseits Leistenbrüche. Therapie: Doppelseitige Kürzung der Llig. rot. Sterilisierung und hintere Plastik. Postoperativ: o. B. (PP. 317/26).

3) Frau L., 35 Jahre, 5 Geburten. Vesico-rectocele. Krampfadern bis in die Scheide. Therapie: Alexander Adams, Sterilisierung und hintere Plastik. Postoperativ: o. B. (P.P. 352/25)

4. Frau W., 37 Jahre, 4 Geburten. Rectocele. Ausgedehnte Krampfadern. mit starken Beschwerden während der Schwangerschaften. Therapie: Sterilisierung und hintere Plastik. Postoperativ: Thrombose, am 46. Tag gesund entlassen. (P P. 54/24).

bb) Atonien.

Eine Frau litt neben ihrem Vorfall an wiederholten Atonien:

Frau Sch. 36 Jahre, 3 Geburten jedesmal mit Atonie. Prolaps. Die Frau ist Farmersfrau in Südamerika. Bei einer weitereu Geburt ist die Frau doppelt gefährdet, da sie durch ihren Beruf nicht die Möglichkeit hat, durch sachgemäße ärztliche Geburtsleitung sich vor einem Prolapsrecidiv zu sichern und daneben dauernd die Gefahr einer Atonie besteht. Therapie: Sterilisierung, hintere Plastik. Postoperativ: o. B. (P.P. 529/26.)

cc) Otosklerose.

Einmal bestand als Nebenindikation eine Otosklerose. Da wir die Pat. — nebenbei eine Missionarsfrau aus den Tropen — wegen ihres Vorfalls ohnehin sterilisieren wollten, haben wir das im Hinblick auf die Otosklerose umso eher getan. Denn die Otosklerose wird nach zahlreichen Beobachtungen in der Schwangerschaft verschlimmert, außerdem enthält Sie auch erbliche Komponente. Winter lehnt die Indikation zur Sterilisierung bei Otosklerose zwar ab, da auch ohne Schwangerschaft das Leiden sich verschlimmere. Seitz und Pankow wollen in einzelnen Fällen doch sterilisieren, der letztere auch im Hinblick auf die Erblichkeit des Leidens:

Frau N., 36 Jahre, 4 Geburten, Missionarsfrau. Prolaps. Beginnende Otosklerose. Eine Operation des Prolapses ist nötig, da die Frau in den Tropen keinen Ring tragen kann. Da aber durch eine weitere Geburt das Operationsresultat in Frage gestellt wird, Sterilisierung notwendig. Therapie: Alexander-Adams, Sterilisierung. Hintere Plastik, Postoperativ: o. B. (PP 429/25).

dd) Tetanie.

Einmal war es nötig, eine Frau mit großem Vorfall, die an einer Tetanie nach Kropfoperation litt, zu sterilisieren. Die „Maternitätstetanie" d. h. die Tetanie bei Schwangerschaft, im Gegensatz zu der viel leichter verlaufenden Tetanie der Kinder, hat eine große Neigung zu Verschlimmerung und Recidiv, weshalb Engelmann sich für Sterilisierung ausspricht. Seitz berichtet sogar über eine Sterblichkeit von 75% bei Maternitätstetanie. Winter schlägt dagegen vor, im einzelnen Falle von Schwangerschaft zu Schwangerschaft zu entscheiden und dann jeweils erst bei heftiger Verschlimmerung (Fortschreiten auf Zwerchfell und Glottis) die Schwangerschaft zu unterbrechen:

Frau St., 38 Jahre, 6 Geburten, vor mehreren Jahren Kropfoperation, seither zeitweilig Tetanie. Auch jetzt — ohne Schwangerschaft — wieder Zeichen von Tetanie. Es besteht außerdem eine Vesico-rectocele, die an sich schon zur Sterilisierung im Anschluß an die Operation veranlassen würde. Therapie: Plastik und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (PP 157/23.)

ee) Eugenische Nebenindikationen.

In zwei weiteren Fällen stand neben der Indikation Prolaps noch eine eugenische Indikation. Beide Frauen hatten — unter allerdings sonst ganz gesunden Kindern — je ein Kind mit Mongolismus und doppelseitigem angeborenem Star bzw. Mikromelie. Besonders die eine der beiden Frauen fürchtete noch mehr — ihrer Ansicht nach — erblich kranker Kinder zu bekommen und bat dringend um Sterilisierung. Da wir sie schon wegen ihres Vorfalls sterilisiert hätten, konnten wir ihrem Wunsche umso eher entgegenkommen. Während der Mongolismus allein vom eugenischen Standpunkt aus keine so unbedingte Indikation zur Sterilisierung abgegeben hätte. Das Gutachten der Kinderklinik lautete: „Mongole: evtl. Erschöpfungsprodukt bei älteren Frauen oder Frauen, die oft geboren hatten. Keine Indikation zur Sterilisierung." Bezüglich des angeborenen Stars lautete das Urteil der Augenklinik: „Kein Grund zur Sterilisierung, da das nächste Kind keine Mißbildung haben muß.":

Frau B. 39 Jahre, 10 Geburten. Prolaps. 8 lebende Kinder. 10. Kind Mongole mit doppelseitigem angeborenem Star, die übrigen Kinder sind gesund. Eine Unterbrechung der jetzigen Schwangerschaft kommt nicht in Frage, da durch Gutachten der Kinder- und Augenklinik die Indikationsberechtigung abgelehnt wird (siehe oben). Es wird beschlossen nach Beendigung der Schwangerschaft, die Frau gleichzeitig mit der Operation des Prolapses zu sterilisieren. Im 3. Monat der Schwangerschaft spontane Fehlgeburt, deshalb 14 Tage später hintere Plastik nach vorheriger Sterilisierung, Postoperativ: o. B. (721 25.)

Frau E. 34 Jahre 5 Geburten. Das 5. Kind leidet an Mikromelie. Sonst Kinder gesund. Vesico-rectocele und Prolaps. Therapie: Alexander-Adams, Sterilisierung, vordere und hintere Plastik. Postoperativ: o. B. (PP. 509/29).

ff) Wirtschaftliche Nebenindikationen.

Bei 3 Frauen bestand neben dem Prolaps als Indikation noch eine große Kinderzahl bei schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen bei Frauen in der Nähe der Klimax:

Frau O. 37 Jahre, 10 Geburten, 8 lebende Kinder, die fast alle tuberkulös sind. Stark beschränkte Wohnungsverhältnisse. Der Ehemann ist Handwerker in kleinsten Verhältnissen. Prolaps, außerdem ausgedehnte Krampfadern. Therapie: Sterilisierung und hintere Plastik. Postoperativ: o. B. (482/23).

Frau S. 36 Jahre, 6 Geburten, darunter 1 mal Zwillinge, 7 lebende Kinder. Seit der 6. Geburt Rectocele. Pat. trägt seit 2 Jahren Ring, hat Hängeleib und Bauchbruch, außerdem leidet sie an Gallenkoliken. Schlechte wirtschaftliche Verhältnisse. Therapie: Doleris, Modifikation Schauta und Sterilisierung. Postoperativ o. B. (287/28)

Frau B. 37 Jahre, 8 Geburten, darunter 1 mal Zwillinge, 2 Fehlgeburten, 8 lebende Kinder. Klaffender Scheiden-eingang mit Prolaps. Retroflexio. Fetthängeleib. Bauchbruch. Sehr schlechte wirtschaftliche Verhältnisse. Therapie: Doleris und Sterilisierung. Postoperativ o. B. (173/29)

D) Status nach früheren Prolapsoperationen.

In 7 Fällen haben wir zur Sicherung alter Prolapsoperationen die Frauen mit Kaiserschnitt entbunden und gleichzeitrg sterilisiert. Darunter waren 2 Frauen, die infolge der großen narbigen Starre der Weichteile nur unter völliger Vernichtung des Operationsresultats hätten per vaginam niederkommen können:

Frau G 45 Jahre, 5 Geburten, 4 Fehlgeburten. Letzte Geburt vor 7 Jahren. Vor 2 Jahren Prolapsoperation. Jetzt Ende der 6. Schwangerschaft. Befund: Damm vollkommen starr, untere Scheidenhälfte nur für 2 Finger durchgängig, sehr starr, Spontangeburt ist daher nicht möglich. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (208/19).

Frau U. 39 Jahre, 9 Geburten. Vor 3 Jahren Plastik. Damm sehr narbig. Hinter dem Scheideneingang schmerzhafte Narbenstenose. Ausgedehnte Krampfadern. Ende der 10. Schwangerschaft. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Kind lebt. Postoperativ: o. B. (Geb. 249/20)

6) Extrauterinschwangerschaft.

Das Rezidivieren einer Extrauterinschwangerschaft ist eine große Seltenheit. Nach einer Statistik von Pankow tritt nach Eileiterschwangerschaft in 7% ein Recidiv auf der zweiten Seite auf, während es in 30% wieder zu einer normalen Schwangerschaft kommt. Wir haben nur in einem einzigen Fall sterilisiert.

Die 36-jährige Frau hatte 3 lebende Kinder und ein Jahr zuvor eine Graviditas isthmica dextra. Die Frau kam nach einem Jahr wieder in die Klinik mit einer auf Extrauterinschwangerschaft verdächtigen Anamnese und auf Extrauterinschwangerschaft verdächtigten Adnexen der

linken Seite. Daneben lebte die Frau in dauernder Angst vor einer erneuten Extrauterinschwangerschaft. Wir entschlossen uns, im Hinblick auf das Alter, die Kinderzahl und den dauernden Angstzustand der Frau zu sterilisieren. (439/28)

7. Sonstiges.

Nach den bisher besprochenen 6 geburtshilflichgynäkologischen Indikationen sollen unter der Bezeichnung „Sonstiges" noch einige weitere geburtshilflichgynäkologische Indikationen besprochen werden, die nur in Ausnahmefällen eine Veranlassung zur Sterilisierung geben, etwa weil die Erkrankung ausnahmsweise kompliziert ist (z. B. ausgedehnte parametritische Verwachsungen Fall Geb. 128/23 S. 23) oder weil die Erkrankung überhaupt selten im Zusammenhang mit Schwangerschaft auftritt (z. B. hochgradige Verkrüppelung Fall PP 187/29 S. 22).

a) Schwere Geburten.

Aus Angst vor schweren Geburten kommen häufig Frauen in die Klinik mit dem Wunsch unfruchtbar gemacht zu werden. Hier wird es sich für uns darum handeln, festzustellen, ob es sich tatsächlich um mehrere schwere Geburten in der Vorgeschichte der Frau handelt und aus welchem Anlaß die Geburten schwer waren. So hatte eine Pat. unter 7 Geburten tatsächlich 4 schwere Geburten, die jedesmal nicht ungefährlich für die Frau verlief. (Darunter je einmal Placentarlösung, Zange, Atonie, Wendung). Ferner war die Frau durch ihren rachitischen Zwergwuchs stark in ihrer Leistungsfähigkeit im täglichen Leben und in der Aufzucht ihrer 6 Kinder gehindert:

> Frau D. 7 Geburten. 1. bis 3. Geburt o. B. 4. Geburt Placentarlösung. 5. Geburt Zange, 6. Geburt Atonie, 7. Geburt Wendung. Außerdem 3 Fehlgeburten. Vor der letzten Geburt Vorfalloperation. Der Vorfall trat nach der 7. Geburt wieder auf. Die Frau ist von rachitischem Zwergwuchs und hat eine starke Kyphoskoliose. Therapie: Collifixur, Sterilisierung und hintere Plastik. Postoperetiv: Thrombophlebitis. (1205/24).

Eine zweite Patientin hatte unter 10 Geburten nur 3 normale. Bei den übrigen 7 waren 5 mal Zange, — darunter einmal bei einer Frühgeburt — zweimal Querlage — darunter einmal verschleppte Querlage mit totem Kind. Ausserdem hatte die Pat. 4 Fehlgeburten. Nach der 6. Geburt schon kam die Frau mit dem Wunsch nach Sterilisierung. Damals sahen wir jedoch noch keine zwingende Indikation hierzu,

nachdem aber unter den folgenden 4 Geburten 2 Querlagen waren und die Frau inzwischen nahe der Klimax war, haben wir sie nach der 10. Geburt sterilisiert (1046 21).

Die dritte wegen schweren Geburten sterilisierte Frau hatte 7 Geburten, darunter 2 Querlagen. Es bestand ein mit jeder Geburt zunehmender großer Hängeleib, der die Geburten immer mehr erschwerte. (1188/25).

b) Hochgradige Verkrüppelung.

Wir haben bei einer Frau mit hochgradiger Verkrüppelung der Wirbelsäule und des Beckens im 6. Monat der Schwangerschaft diese unterbrochen und sterilisiert.

Fr. F. 30 Jahre, keine Geburt, Schwangerschaft im 6. Monat, starke Kyphoskoliose infolge Spondylitis, trägt Stützapparat, infantiler Habitus. Es bestehen ausgedehnte Schwellungen. Puls und Atmung beschleunigt, beginnende Herzstörung. Therapie: Künstliche Frühgeburt durch Kaiserschnitt und Sterilisierung) Postoperativ: o. B. (PP. 187 29.

c) Habituelle Fehlgeburten.

3 mal haben wir bei Frauen mit habitueller Fehlgeburt sterilisiert. Alle 3 Frauen hatten mehrere Kinder. Bei 2 waren die Fehlgeburten fast jedesmal mit Fieber verlaufen. Die Ursachen der gehäuften Fehlgeburten lag in diesen Fällen vermutlich darin, daß die Frauen keine Kinder mehr wollten und deshalb bei jeder neuen Schwangerschaft einen Abtreibungsversuch machten und sich dadurch in Lebensgefahr brachten. Beide Frauen waren in schlechten sozialen Verhältnissen, was zusammen mit der Kinderzahl (einmal 7 und einmal 4) ihre Abtreibungsversuche verständlich machte. Wir mußten mit der Gefahr rechnen, daß die Frauen sicher bei der nächsten Schwangerschaft wieder mit einer fieberhaften Fehlgeburt in Lebensgefahr kommen würden.

(347/29 und 929/29.)

Im 3. Fall hatte die Frau in 11 Jahren 10 Geburten. Es hatte sich nach der 10. Geburt eine Metritis und Retoflexio fixata gebildet, die bei jeder folgenden Schwangerschaft zu Fehlgeburt führte. Auf diese Weise hatte die Frau nach ihrer 10. Geburt 3 Fehlgeburten (1171/21).

d) Parametritis.

Einmal sterilisierten wir im Anschluß an Kaiserschnitt wegen aus-

gedehnter parametritischer Verwachsungen, die infolge ihrer Ausdehnung eine vollständige Gebärunmöglichkeit darstellten. Bei einer weiteren Geburt hätte wieder mit Kaiserschnitt entbunden werden müssen, außerdem war die Frau nahe der Klimax und hatte schon 4 Kinder:

Frau G. 40 Jahre, 5 Geburten, Ende der 6. Schwangerschaft. Ausgedehnte Infiltrate, besonders im Bereich des Gebärmutterhalses, diese bedingen absolute Gebärunmöglichkeit. Pat. hat schon mehrere Kinder und möchte bei ihrem Alter nicht noch einen 2. Kaiserschnitt durchmachen. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (Geb. 128/23).

e) Bauchbruch und Riesenhängeleib

Zur Sicherung eines kindskopfgroßen Bauchbruchs haben wir einmal im Anschluss an die Operation des Bauchbruchs die bestehende Schwangerschaft unterbrochen und sterilisiert. Die Frau litt nebenbei noch an einer Herzmuskelentartung und war nahe der Klimax:

Frau W. 40 Jahre, 7 Geburten. Nach der letzten Geburt Leibschnitt außerhalb (Anlaß??). Seither allmählich zunehmender jetzt kindskopfgroßer Bauchbruch, der mit Netz und Darm verwachsen ist. Herzmuskelentartung, Schwangerschaft m. 3—4. Therapie: Unterbrechung der Schwangerschaft. Sterilisierung. Bauchbruchoperation mit gutem Resultat. Postoperativ: o. B. (1031/27).

Bei einer 36jährigen Frau mit einem Riesenhängeleib haben wir aus diesem Grunde die Schwangerschaft unterbrochen und gleichzeitig sterilisiert.

Frau H. 36 Jahre, 7 Geburten, die letzte vor 1 Jahr (1 mal Atonie, 2 mal Querlage). Sehr schlaffe Bauchdecken, breite Rectusdiastase. Bei allen vorausgehenden Schwangerschaften hochgradige Beschwerden durch den Hängeleib, so daß verschiedene Aerzte zur Unterbrechung der Schwangerschaft rieten. Jetzt 8. Schwangerschaft, m. 3. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (1188/28).

B) Medizinische Indikationen.

In der Regel steht nicht die Sterilisierung aus geburtshilflich-gynäkologischen Gründen obenan, sondern die aus medizinischen Gründen. Veranlassung hierzu kann jede Krankheit bieten. Fränkel sagt: „Jede Krankheit, die nachweislich oder voraussichtlich in der Schwangerschaft sich verschlimmert, kann einen Grund zur Sterilisierung geben."

Bei unserem Material machen die Sterilisierungen aus medizinischen Gründen allein mehr als die Hälfte aller Fälle (110 Fälle = 50,2% gegenüber 38,4% der geburtshilflich-gynäkologischen Gründe und 11,4% der medizinischen Gründe).

Die Indikationen zur Sterilisierung aus medizinischen Gründen haben wir in allen Fällen zusammen mit der zuständigen Fachklinik eingehend geprüft.

1) Tuberkulose.

Infolge ihrer besonderen Art, Verlaufsform und großen Ausbreitung steht die Tuberkulose an erster Stelle. Bekannt ist die große Fruchtbarkeit tuberkulöser Frauen und der ungünstige Verlauf, den die Tuberkulose in der Schwangerschaft nehmen kann. Heute wird zwar der ungünstige Verlauf der Tuberkulose in der Schwangerschaft nicht mehr für allgemein gültig anerkannt. Dies verdanken wir vor allem den Arbeiten von Menge, Romberg und Mayer.

Menge z. B. lehnt überhaupt alle Berechtigung zur Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Tuberkulose ab. da es keinesfalls wissenschaftlich nachgewiesen sei, daß die Schwangerschaft bei Tuberkulose eine schwere Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter bedeutet, die durch kein Mittel als durch Unterbrechung der Schwangerschaft abgewendet werden kann. (Ztbl. f. Gyn. 1918, S. 875)

Mayer weist darauf hin, daß vor allem die Spitzentuberkulose nicht mehr als ernste Form der Tuberkulose anzusehen sei, daß man auch sicher die Resultate der Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose falsch beurteilt habe, daß es vielmehr auf den gut- oder bösartigen Charakter der Tuberkulose ankomme und nicht zuletzt auch auf die psychische Einstellung der Pat. selbst.

Wir haben insgesamt 66 Frauen wegen Tuberkulose sterilisiert, davon 60 wegen Lungentuberkulose, worunter in 9 Fällen daneben noch ein anderes Leiden bestand. 2-mal wegen Kehlkopftuberkulose, 2-mal wegen Nierentuberkulose, 1-mal wegen Wirbelcaries und einmal wegen Tuberkulose der Drüsen und der Haut.

Das Alter der wegen Tuberkulose sterilisierten Frauen verteilt sich wie folgt:

20—25	Jahre	1 Frau
25—30	„	16 Frauen
30—35	„	25 „
35—40	„	20 „
über 40	„	4 „

Ziemlich hoch ist die Zahl der Geburten unserer wegen Tuberkulose sterilisierten Frauen;

0 Geburten	1 Frau
1 Geburt	10 Frauen
2 Geburten	11 „
3 „	11 „
4 „	13 „
5 „	9 „
6 „	4 „
7 „	2 „
8 „	2 „
9 „	3 „

Die Zahl der lebenden Kinder betrug;

0 lebende Kinder	1 Frau
1 lebendes Kind	11 Frauen
2 lebende Kinder	10 „
3 „ „	19 „
4 „ „	10 „
5 „ „	5 „
6 „ „	6 „
7 „ „	2 „
8 „ „	2 „

a) Lungentuberkulose.

Um einen genauen Ueberblick über unsere Indikationen zur Sterilisierung bei Lungentuberkulose zu haben, seien die 60 Fälle, in denen

wir wegen Lungentuberkulose sterilisiert haben, für sich allein betrachtet. Bei diesen 60 Frauen war die Tb. latent bei 5 Frauen, manifest (verteilt auf alle 3 Stadien) bei 55 Frauen, bei 9 Frauen bestand neben der Tb. noch eine Nebenindikation.

In der Regel haben wir gleichzeitig eine Schwangerschaft unterbrochen und sterilisiert (51 Mal). Einmal haben wir im Anschluß an Kaiserschnitt sterilisiert, 3 mal im Anschluß an eine gynäkologische Operation und 5 mal haben wir nur sterilisiert.

aa) Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung = 51 Fälle.

Wenn eine Schwangerschaft unterbrochen werden muß, ist es natürlich um so günstiger für die Pat. zu einem je früheren Zeitpunkt der Schwangerschaft die Unterbrechung erfolgt. Die Schwangerschaft wurde unterbrochen:

im 1. — 2. Monat	bei	2	Frauen
im 2. — 3. „	„	25	„
im 3. — 4. „	„	14	„
im 4. — 5. „	„	6	„
im 5. — 6. „	„	1	Frau
im 6. — 7. „	„	1	„

bb) Kaiserschnitt und Sterilisierung = 1 Fall.

Nur einmal haben wir erst am Ende einer Schwangerschaft mit Kaiserschnitt entbunden und gleichzeitig sterilisiert:

Frau F. 36 Jahre, 6 Geburten, 1 Fehlgeburt, 4 lebende Kinder. Früher rechts Spitzenprozeß, jetzt links. Sehr schlechter Allgemeinzustand. Alte Dammplastik. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (PP/Geb. 210/21).

cc) Gynäkologische Operation und Sterilisierung = 3 Fälle.

In diesen 3 Fällen haben wir eine gleichzeitig notwendige gynäkologische Operation dazu benützt, im Hinblick auf die Tuberkulose zu sterilisieren:

1) Frau R. 28 Jahre, 3 Geburten, 2 Schwangerschaftsunterbrechungen wegen Tb. beide im letzten Jahr. Seit 10 Jahren lungenkrank, beiderseits aktive Spitzentb. Therapie: Sterilisierung und Alexander-Adams. Postoperativ: o. B. (407/22).

2) Frau Sp. 32 Jahre 7 Kinder, 2 davon an Tb. gestorben, außerdem 1 Schwester 2 mal Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tb. (vor 2 und vor 6 Jahren). Jetzt doppelseitige aktive Oberlappentb. Descensus et Retroflexio Uteri. Therapie: Doloris und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (620/28).

3) Frau S. 39 Jahre, 2 Geburten. Seit 16 Jahren lungenkrank. In letzter Zeit allgemeiner Verfall Gewichtsabnahme Retroflexio uteri. Vesico-Rectocele. Therapie: Doleris, Modifikation, Schauta, Sterilisierung, vordere und hintere Plastik. Postoperativ: o. B. (1528 28).

dd) Nur Sterilisierung = 5 Fälle.

Bei allen 5 Frauen bestand ein progredienter Prozeß, teilweise war auch schon ein oder auch mehrfach die Schwangerschaft wegen Tb. unterbrochen worden:

1) Frau Sch. 27 Jahre, 4 Geburten. Tb. in der Familie. (Vater und 1 Schwester). Selbst: doppelseitige fortschreitende Lungentb. im 3. Stadium. Gewichtsabnahme, Husten Anaemie, Therapie; Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Pat. starb ein halbes Jahr nach der Operation an Lungentb. (593/20).

2) Frau G. 30 Jahre, 4 Geburten. 1 mal Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tb. beiderseits aktive Tb. 2. Stadium. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (PP. 79 21).

3) Frau Sch. 32 Jahre, 7 Geburten. Starke Skoliose. Schwächliche Frau. Offene Tb. des linken Oberlappens und der rechten Spitze. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Pat. starb 1 Jahr nach Sterilisierung an Tb. (321/25).

4) Frau H. 25 Jahre, 1 Geburt Dürftiger Allgemeinzustand. Anaemie. Doppelseitige fortschreitende Tb. 3. Stadium. Fragliche Schwangerschaft. Therapie: Abrasio und Sterilisierung (keine Schwangerschaft). Postoperativ: o. B. Pat. starb ein halbes Jahr nach der Sterilisierung an Lungentb. (949/25).

5) Frau Sch., 28 Jahre, 3 Geburten. 2 mal Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tb. Seit der letzten Geburt Verschlimmerung der Tb. Jetzt: Ausgedehnte z. Zt. latente Oberlappenentb. beiderseits. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: o. B (PP. 442/29.)

Anhang: Nebenindikationen.

Neben der Lungentb. bestanden, wie oben erwähnt (S. 21) in 9 Fällen Nebenindikationen. Diese Entfallen z. T. auf die 5 in Kapitel cc) Gynäkologische Operation und Sterilisierung erwähnten Fälle von Prolaps bzw. Retroflexio uteri, z. T. (und zwar die restlichen 4) auf Erkrankungen des Herzens.

b) Kehlkopftuberkulose.

Die Prognose der Kehlkopftuberkulose ist so schlecht, daß die

meisten Frauen — mit oder ohne Bestehen einer Schwangerschaft — in kurzer Zeit daran zugrunde gehen. Wir können auch durch die Unterbrechung der Schwangerschaft den Verlauf des Leidens nicht aufhalten. Darum lassen wir unter Umst. schwangere Frauen mit einer Kehlkopftb die Schwangerschaft austragen, um so wenigstens das Kind zu erhalten.

Wir haben deshalb nur in 2 Fällen die Schwangerschaft bei Kehlkopftb. unterbrochen, in denen anzunehmen war, daß das Leiden sich vielleicht doch noch bessere:

1) Frau St. 31 Jahre, 3 Geburten. Seit 6 Jahren lungenkrank, jetzt seit 3 Wochen in Heilstätte wegen Lungen- und Kehlkopftb. Schwangerschaft m. 3. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Pat. starb 1 Jahr nach der Operation an Tb. (404/23).

2) Frau L. 25 Jahre 1 Geburt. Während der Schwangerschaft spez. Lungenentzündung, jetzt: offene doppelseitige Lungentb., Seit 7 Monaten Kehlkopftb. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Nach 1 Jahr berichtet Pat., daß es ihr besser gehe. (821/30)

c) Nierentuberkulose.

Wegen Nierentuberkulose haben wir ebenfalls in 2 Fällen sterilisiert und gleichzeitig eine Schwangerschaft unterbrochen:

1) Frau N., 33 Jahre, 5 Geburten. 2 Geschwister lungenkrank. Seit 2 Monaten Schmerzen beim Wasserlassen. Nachtschweiß. Die Cystoskopie ergibt Ausscheidungstb. der linken Niere und sekundäre Blasentb. Es besteht außerdem eine aktive doppelseitige Lungentb. Beginnende Schwangerschaft. Therapie: Röntgenbestrahlung der Blase, 7 Wochen später Unterbrechung der Schwangerschaft und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Nach 2 Jahren angeblich Besserung. (855/28).

2) Frau K., 35 Jahre, 2 Geburten. 1 mal Schwangerschaftsunterbrechung wegen Nierentuberkulose. Schwangerschaft m. 3. bei Nieren- und Lungentb. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Nach einem Jahr noch keine Veränderung. (1195/30)

d) Wirbeltuberkulose.

Einmal haben wir bei einer Frau wegen Wirbelcaries eine Schwangerschaft unterbrochen und sterilisiert. Um die notwendige Behandlung der Wirbelcaries mit Gipsbett durchführen zu können, mußte die bestehende Schwangerschaft unterbrochen werden, denn bei dem zunehmenden Leibesumfang hätte kein gutsitzendes Gipsbett angelegt werden können und man hätte mit Druckschädigungen wie z. B. Com-

pressionsmyelitis rechnen müssen, außerdem wäre das Gipsbett infolge des schlechten Sitzes natürlich zwecklos gewesen:

Frau Sch., 27 Jahre, 1 Geburt. Wirbelcaries. Lungentb., allgemeine konstitutionelle Minderwertigkeit. Behandlung der Wirbelcaries mit Gipsbett notwendig, deshalb Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ; o. B. Die Frau starb ein Vierteljahr später an Tuberkulose. (296 20.)

e) Drüsen- Haut- und Knochentuberkulose.

Es sei dann noch ein Fall erwähnt, bei dem wir bei gleichzeitigem Bestehen einer Tuberkulose der Drüsen, der Haut, der Knochen und der Lungen sterilisiert haben:

Frau W., 29 Jahre. 2 Geburten. Seit 1 Jahr Drüsentuberkulose (z. Zt. der 2. Schwangerschaft). Jetzt Drüsentuberkulose am Hals, Hauttuberkulose am rechten Zeigefinger und rechten Fußrücken, Knochentuberkulose des Mittelfußes. Schwangerschaft m. 3. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: Die Hauttb. bessert sich. (PP 263/22)

Anhang: **1) Postoperative Störungen.**

Eine direkte ungünstige Beeinflussung der Tuberkulose im Anschluß an unsere Sterilisierungsoperationen haben wir nur 2 mal erlebt.

Einmal handelt es sich dabei um eine sehr rasche miliare Aussaat direkt nach der Operation. Wir haben hier die Operation nur vorgenommen, um dem raschen Fortschreiten der Krankheit bei bestehender Schwangerschaft u. U. doch noch Einhalt gebieten zu können. Die Frau starb dann am 6. Tag nach der Operation:

Frau B., 29 Jahre, 2 Geburten. Vor 2 Monaten Grippe, seither Husten. Schwangerschaft m. 2.—3. Jetzt: Schwerer Prozeß über der ganzen rechten Lunge, Tuberkelbazillen im Auswurf. Therapie: Vaginale Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: 1. Tag o. B. 2. Tag Schmerzen im Bauch. 4. Tag: Meteorismus. Druckschmerzhaftigkeit. Temp. 39°. Puls 122. Herzmittel. 5. Tag Temp. 39,5, Puls 132. Erbrechen. 6. Tag: Exitus. Sektionsbefund: Lungentb. mit millarer Aussaat, besonders im Peritoneum, wohl vom Douglas ausgehend. (Geb. 107/19)

Im zweiten Fall litt die Pat. schon seit $4\frac{1}{2}$ Jahren an einer schweren fortschreitenden Tuberkulose. Im Anschluß an die Operation bekam sie eine tuberkulöse Lungenentzündung. Sie erholte sich in der Klinik ziemlich rasch zur leidlichen Besserung, starb dann aber ein Vierteljahr später zu Hause an ihrer Tuberkulose:

Frau St., 40 Jahre, 4 Geburten. Vor 4 1/2 Jahren Bronchitis, Lungenblutung seither lungenkrank. Jetzt Schwangerschaft m. 5. Indurative Tuberkulose der ganzen linken Lunge, Infiltrate am Hilus, Herde im Unterlappen. Schrumpfung der linken Seite. Rechts Emphysem. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: ab 3. Tag septisches Fieber, ab 7. Tag Operationswunde geschlossen. Doppelseitige Lungenentzündung Tuberkelbazillen im Auswurf. Ab 11. Tag Besserung. Am 16. Tag trotz Fiebers (bis 38,9) auf dringenden eigenen Wunsch nach Hause entlassen. Gynäkologischer Befund: o. B. gutes Operationsergebnis. Pat. starb ein Vierteljahr später zu Hause an Tuberkulose. (871/19).

Sonstige postoperative Schäden erlebten wir in 3 Fällen, und zwar einmal Douglas-Abzeß im Anschluß an Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung nach Madlener per lap. (970 28, s. S. 58),
einmal vorübergehende Ileuserscheinungen (340/20.),
einmal sekundäre Heilung. (687/28).

2) Spätresultate.

Durch eine Umfrage bei sämtlichen von uns sterilisierten Pat. konnten wir bei den wegen Tuberkulose sterilisierten Frauen feststellen, daß die meisten sich noch nach Jahren — unsere Beobachtungszeit erstreckt sich teilweise auf 10 — 12 Jahren — in einem leidlich guten Zustand befanden. 38 Frauen berichten, daß ihr Befinden sich teils gebessert habe, teils in gleichem Zustand geblieben sei. Diese 38 Frauen sind zum großen Teil innerhalb des ihnen zustehenden Arbeitsfeldes arbeitsfähig, zumeist als Hausfrauen, teilweise auch als Arbeiterinnen.

4 Frauen berichten, 4 — 11 Jahre nach der Sterilisierung, daß sie ihre Tuberkulose als „ausgeheilt" betrachten. Selbst wenn diese „Ausheilung' nur eine scheinbare sein sollte, können wir doch sicher eine Besserung annehmen.

In einem Fall berichtet die Pat. nach 7 Jahren, daß sich ihre Tuberkulose inzwischen verschlimmert habe (288/23).

17 (= 25%) der Frauen starben im Laufe der folgenden Jahre und zwar 16 an ihrer Tuberkulose und eine an einem Herzleiden.

Von den 16 an Tuberkulose gestorbenen Frauen starben:

innerhalb eines	1/2 Jahres	6 Frauen
„	1 „	3 „
„	2 „	2 „
„	3 „	2 „
„	5 „	1 Frau
„	9 „	2 Frauen

Die an einem Herzleiden gestorbene Frau litt schon vorher an Mitralstenose und -Insuffizienz neben ihrer Tuberkulose und starb nach 8 Jahren (1034/21).

Von 5 Frauen fehlt uns jede Nachricht, 2 davon werden wir der Schwere des z. Zt. der Operation bestehenden Leidens nach ebenfalls auf das Konto der inzwischen gestorbenen setzen müssen.

2) Herzleiden.

Nächst der Tuberkulose bieten die verschiedenen Formen von Herzleiden die häufigste Veranlassung zur Sterilisierung. Die Beobachtung von Baisch gibt uns ein beinahe beängstigendes Resultat über das Zusammentreffen von Herzleiden und Schwangerschaft; Von 23 schwangeren an einem dekompensierten Herzfehler leidenden Frauen erholten sich nach Schwangerschaftsunterbrechung nur 6 subjektiv und wurden wieder arbeitsfähig. 17 blieben krank. Von 9 Frauen mit Myocarditis, die geboren hatten, starben 5 sofort, 2 nach 2 Jahren, keine erholte sich voll. — Mitralstenosen und fast mehr noch die Herzmuskelerkrankungen pflegen sich demnach in der Schwangerschaft zu verschlimmern. Mitralinsuffizienzen sind den Anstrengungen der Schwangerschaft und der Geburt eher gewachsen.

Winter schlägt vor, lieber nur die Schwangerschaft zu unterbrechen, nicht zu sterilisieren und abzuwarten, ob es sich nur um eine vorübergehende Schädigung des Herzmuskels handelt.

Wir haben insgesamt 18 Frauen wegen Herzerkrankungen sterilisiert und zwar 5 mal im Anschluß an Kaiserschnitt — den Kaiserschnitt haben wir vor allem dann ausgeführt, wenn uns daran gelegen war, die Frauen vor der bei Herzfehlern besonders gefahrvollen Anstrengung der Geburt zu bewahren (Kautsky-Winter) — 9 mal im Anschluß an Schwangerschaftsunterbrechung, 2 mal im Anschluß an eine gynäkologische Operation und 2 mal nur sterilisiert.

a) Mitralstenose.

In 13 von diesen 18 Fällen lag dem Herzleiden, das uns zu sterilisieren veranlasste, eine Mitralstenose zugrunde. Die Mitralstenose war in 10 Fällen verbunden mit Mitralinsulfizienz, 2 mal mit Myodegeneratio und 1 mal lag eine reine Mitralstenose vor.

Von diesen 13 Frauen starben 3 im Anschluß an die Operation infolge Herzinsuffizienz:

Frau L., 42 Jahre, 5 Geburten. Dekompensierte Mitralstenose und Mitralinsuffizienz. Stauungsnephritis. Schwangerschaft m. 8. Therapie Kaiserschnitt und Sterilisierung. Postoperativ: Am 2. Tag Lungeninfarkt, beginnende Pneumonie. Herzmittel ohne Erfolg. Am selben Tag Exitus an Herzinsuffizienz. Sektionsbefund. Allgemeine Peritonitis, akute Milzschwellung, hochgradige Mitralstenose, Myocardschwielen, subacute haemorrhagische Glomerulonephritis, Hydropericard, Hydrothorax (Geb. 227/27).

Frau M., 35 Jahre, 2 Geburten. Vor 10 Jahren Gelenkrheumatismus, vor 6 Jahren erstmals Herzinsuffizienz (nach 1. Geburt), jetzt Ende der 3. Schwangerschaft. dekompensierte Mitralstenose mit Herzmuskelschädigung. Inaktive Oberlappentuberkulose. Es besteht zur Zeit ein Grippe, deshalb wird versucht, die Geburt hinauszuzögern. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Postoperativ: Vom 1. Tag ab Temp. steigerung, motorische Unruhe. Am 10. Tag Exitus an Herzinsuffizienz. Sektionsbefund. eitrige Endomeritis, Herz stark verändert.
(Geb. 103/27)

Frau D.. 34 Jahre, 2 Geburten. Früher wiederholt Angina und Gelenkrheumatismus, als Folge davon Mitralstenose, jetzt Herzmuskelschädigung (Arhythmie) Schwangerschaft m. 2—3. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: am 3. Tag beginnende Herzinsuffizienz. Temp. Steigerung. Am 4. Tag Zunahme der Herzmuskelinsuffizienz. Exitus. Sektionsbefund. Recidivierende Endokarditis mit hochgradiger Mitralstenose, frische Pelveoperitonitis. (868/29).

4 weitere Frauen starben im Laufe der nächsten Jahre ebenfalls an Herzinsuffizienz. Es sind also mehr als die Hälfte der wegen Mitralstenose sterilisierten Frauen im Laufe der Zeit ihrem Herzleiden erlegen. Von den übrigen 6 haben sich 2 weitere weiterhin verschlimmert, eine ist jetzt (nach 1 1/2 Jahren) noch dekompensiert und nur 3 berichten, daß sich ihr Herzleiden gebessert habe.

b) Mitralinsuffizienz.

In 4 Fällen haben wir wegen Mitralinsuffizienz sterilisiert, 2 mal in dekompensiertem Stadium, und 2 mal auch in kompensiertem Stad., da einmal die Pat. in schlechtem Allgemeinzustand war und schon 6 Geburten und 2 Fehlgeburten hinter sich hatte:

Frau M., 34 Jahre, 6 Geburten, 2 Fehlgeburten, 6 lebende Kinder, schlechter Allgemeinzustand. Retroflexio uteri. Therapie: Doleris und Sterilisierung. Postoperativ o. B. (1488/28).

Das andere Mal bestand neben dem Herzfehler, der nach 3 maligem Gelenkrheumatismus aufgetreten war, noch eine Depression. Die Pat. hatte einen geisteskranken Bruder und fürchtete geisteskranke Kinder zu bekommen. (PP. 85/23).

c) Aortenfehler.

In einem Fall haben wir bei kombinierten Aortenfehler eine Schwangerschaft unterbrochen und sterilisiert. Auch in den schwangerschaftsfreien Zeiten war die Frau viel krank wegen ihres Herzfehlers. Sie war nahe der Klimax und hatte 8 lebende Kinder:

Frau W., 38 Jahre, 8 Geburten. Jetzt Schwangerschaft m. 3. Aorteninsuffizienz und Stenose mit ziemlichen Beschwerden, häufige Arbeitsunfähigkeit infolge des Herzleidens. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: Stauungserscheinungen, sonst o. B. (1038/26).

3) Nierenleiden.

Wegen Nierenerkrankung bei Schwangerschaft haben wir 8 Frauen sterilisiert. 2 im Anschluß an Kaiserschnitt, 6 im Anschluß an Schwangerschaftsunterbrechung.

a) Chronische Nephritis.

Das häufigste Nierenleiden, das die Veranlassung zu Sterilisierung gibt, ist die chronische Nephritis. Winter und Engelmann raten dabei zur Schwangerschaftsunterbrechung und erst dann, wenn daneben noch eine Retinitis albuminurica oder eine Herzschädigung besteht auch zur Sterilisierung. Pankow ist schon bei einfacher chronischer Nephritis für Sterilisierung.

Wir haben in 5 Fällen von chronischer Nephritis sterilisiert. 3 mal war diese durch Ret. alb. mit schweren Sehstörungen kompliziert, davon 2 mal mit gleichzeitigen Herzstörungen:

Frau M., 40 Jahre, 3 Geburten, 1 Fehlgeburt. Jetzt Ende der 4. Schwangerschaft chronische Nephritis (E + RR 235/180). Ret. alb., Sehstörungen, Schwindel, Herzdilatation. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Postoperativ: Rückgang von Eiweiß und Blutdruck. 4 Jahre nach Operation an Nierenleiden gestorben. (Geb. 631/22).

Frau H. 33 Jahre, 2 Geburten, 1 Fehlgeburt, chronische Nephritis (E + Sed.: Eryth. +. Leuko +) Ret. alb., Sehstörungen, Hochdruck (RR 250/165). Schwangerschaft m. 5—6. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung

Postoperativ o. B. Keine Beeinflussung der Ret. alb. Nach 6 Jahren leidliches Wohlbefinden. (875/24).

Frau L. 35 Jahre, 4 Geburten, 1 Fehlgeburt. Schwangerschaft m 9 — 10. Chronische Nephritis mit ret. alb. Schwindel. Therapie: Künstliche Frühgeburt mit Kaiserschnitt und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Nach 3 Jahren Besserung nephrit. Erscheinungen, Gelenkrheumatismus. Nach weiteren 4 Jahren gestorben an Gelenkrheumatismus und Herzinsuffizienz. (Geb. 135/22)

Auch in den beiden andern Fällen von chronischer Nephritis hatte sich das — einmal schon seit Jahren bestehende — Leiden seit Beginn der Schwangerschaft wesentlich verschlimmert. (1306/21 und 1358/27).

b) Schwangerschaftsniere.

2 mal haben wir wegen rezidivierender Schwangerschaftsnephrose sterilisiert. Im ersten Fall war die Frau zum 3. Mal schwanger und in beiden vorhergehenden Schwangerschaften waren Nierenstörungen aufgetreten. In der jetzt bestehenden 3. Schwangerschaft waren wieder seit Beginn Nierenstörungen vorhanden: Geschwollene Beine, Uebelkeit E + (z, Zt. 3,5 %), Gesichts- Bein- und Bauchdeckenödeme (1146/22). Im zweiten Fall war die Frau zum 4. Mal schwanger, die 3. Geburt war ein Kaiserschnitt wegen Eklampsie. Die jetzige Schwangerschaft war im 4. Monat. Es waren schon seit längerer Zeit wieder Nierenstörungen aufgetreten, wie Eiweiß, und Zylinder im Harn, Hochdruck, Kopfschmerzen (pp. 304/28).

c) Cystopyelitis.

Cystopyelitis ist ein in der Schwangerschaft häufig vorkommendes Leiden, das in der Regel trotz hohen Fiebers, Schüttelfrösten und Schmerzen einen guten Ausgang nimmt. Nur einmal sahen wir uns genötigt, deshalb eine Schwangerschaft zu unterbrechen und anschließend zu sterilisieren. Die Frau hatte 8 ½ Jahre vorher ihre erste Geburt und damals eine lebensgefährliche Cystopyelitis. Jetzt bestand wieder eine solche bei Schwangerschaft im 2. Monat, außerdem war die rechte Niere wesentlich vergrößert, sodaß an einen Nierentumor gedacht wurde. In Anbetracht der vorausgegangenen schweren Erkrankung und des Allgemeinzustandes der Frau entschlossen wir uns zur Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. (PP 586/29)

4) Asthma.

Ueber den Zusammenhang zwichen Asthma und Schwangerschaft ist uns wenig bekannt, da sie nur selten zusammentreffen. Werden Asthma-kranke Frauen schwanger, so ist das Verhalten des Leidens sehr verschieden. Manche Frauen fühlen sich während der Schwangerschaft wesentlich besser als sonst, während bei anderen wieder eine Verschlimmerung auftritt. Gefährlich für diese Frauen ist aber nicht die Schwangerschaft, sondern die Geburt selbst, besonders die Preßwehen.

Wir sahen uns in 3 Fällen veranlaßt, wegen Asthma zu sterilisieren. 2 mal hat sich das Asthma in der Schwangerschaft so verschlimmert, daß eine Unterbrechung derselben unvermeidlich war. Wir haben dann um eine Wiederholung des Zustandes zu vermeiden, gleichzeitig sterilisiert:

Frau H., 38 Jahre, 2 Geburten. Seit 1. Schwangerschaft zunehmende Beschwerden von Seiten des Asthmas, besonders seit Bestehen der 2. Schwangerschaft. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: 3 Asthmaanfälle, darnach Besserung. (PP. 587/21)

Frau Sch., 39 Jahre, 5 Geburten. Starke Verschlimmerung eines schweren Bronchinalasthmas. Schlechter Allgemeinzustand. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: Am 11. Tag Exitus an Lungenembolie (PP. 516/22).

Beim 3. Mal wollten wir die Frau vor den Preßwehen bewahren. Wir haben sie deshalb mit Kaiserschnitt entbunden und gleichzeitig sterilisiert:

Frau P., 35 Jahre, 3 Geburten, letzte vor 7 Jahren, Dammplastik. In den letzten Jahren zunehmende Verschlimmerung eines Brochialasthmas. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (PP. Geb. 562 27).

5) Basedow.

Der Basedow verschlimmert sich in der Schwangerschaft sehr häufig. Seitz gibt 60% Verschlimerungen an. In der Regel sind es die Herzerscheinungen, die in der Schwangerschaft wesentlich zunehmen und vor allem während der Geburt selbst sehr gefährlich werden können.

Wir sahen uns einmal veranlaßt, wegen Basedow mit überaus starkem Exophthalmus zu sterilisieren. Anfänglich wollten wir die Schwangerschaft unterbrechen und anschließend sterilisieren, da sowohl

von Seiten des Herzens als auch vor allem von Seiten der Augen sehr starke Störungen vorhanden waren. Die Frau hatte einen immer mehr zunehmenden Exophthalmus, der schließlich zu einer Luxatio bulbi führte, die durch Verengerung der Lidspalte behoben werden mußte. Auch war die Sehkraft beiderseits stark herabgesetzt. Da die Frau aber überaus dringend ein Kind wünschte, haben wir unter Zustimmung der Augenklinik von einer Schwangerschaftsunterbrechung abgesehen. Auf keinen Fall aber konnten wir wagen, die Frau spontan niederkommen zu lassen, da das Herz der Anstrengung der Geburt nur schlecht gewachsen gewesen wäre und außerdem die Augen bei der Geburt aufs äußerste gefährdet waren. Wir haben deshalb am normalen Ende der Schwangerschaft die Frau mit Kaiserschnitt entbunden und gleichzeitig sterilisiert. Nach 3 Jahren berichtet Pat., daß der Basedow besser sei, ein starker Exophtalmus aber noch bestehe. Die Sehkraft sei mit Brille sehr gut. (geb. 338/27).

6) Gicht.

Wegen Gicht haben wir eine Pat. sterilisiert. Die Frau litt seit 9 Jahren an Gicht und hatte vor allem starke Gichthände. Vor 1 und vor 6 Jahren war bei der Frau wegen zunehmender Gicht eine Schwangerschaft unterbrochen worden. Wir dachten ursprünglich daran, sie unter Umständen mit Röntgenstrahlen zu kastrieren, da sie nahe der Klimax war, verzichteten aber dann darauf, da wir fürchten mußten, daß die Gicht durch Ausfall der Eierstöcke sich verschlimmern würde. (PP. 4/25) Bekannt ist die häufige Arthritis klimakterischer Frauen als sog. Arthropathia ovaripriva infolge Ausfall des Eierstockhormons (Menge).

7) Erkrankung des Zentralnervensystems.

Bei Erkrankungen des Zentralnervensystems mußten wir in 6 Fällen sterilisieren: 3 mal wegen multipler Sklerose, einmal wegen Tabes dorsalis, einmal wegen Bulbo-syringomyelie und einmal wegen Zustand nach Encephalitis.

a) Multiple Sklerose.

Bei der multiplen Sklerose raten vor allem die Neurologen (Bonhoeffer u. a.) wegen der bestehenden Lebensgefahr zum mindesten

eine bestehende Schwangerschaft zu unterbrechen und dann gleichzeitig zu sterilisieren. In den 3 Fällen von multipler Sklerose, in denen wir sterilisierten, haben wir 2 mal im Anschluß an Schwangerschaftsunterbrechung, einmal im Anschluß an eine gynäkologische Operation sterilisiert.

In 2 Fällen glaubten die Frauen mit Sicherheit angeben zu können, daß während der Schwangerschaft das Leiden sich wesentlich verschlimmert habe:

1) Frau O., 33 Jahre, 3 Kinder, letzte Geburt vor 6 Monaten, vor 6 Jahren Beginn einer multiplen Sklerose, jetzt spastisch-ataktischer und schleppender Gang. Links Leistenhernie. Therapie: Sterilisierung, Leistenbruchoperation.
Postoperativ: o. B. (668/20).

2) Frau R., 37 Jahre. 2 Geburten, letzte vor 6 Jahren. Seit 1 1/2 Jahren Beginn einer multiplen Sklerose. Vor 4 Monaten Salvarsankur ohne Erfolg, jetzt Schwangerschaft m. 3, seither Verschlimmerung der m. Sk. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Pat. starb 10 Monate nach Sterilisierung an m. Sk. (788/21).

3) Frau K., 35 Jahre, 3 Geburten, multiple Sk. mit Sprachstörungen, spastischem Gang, gesteigerten Reflexen. Schwangerschaft m. 3—4, seither Verschlimmerung. Therapie Schwangerschaftsunterbrechung, Sterilisierung. Postoperativ: o. B. 12 Jahre nach Operation lebt Pat. noch, ist aber dauernd bettlägerig. (PP. 277/18).

b) Tabes dorsalis.

Bei der wegen Tabes dorsalis sterilisierten Frau bestand eine Ueberempfindlichkeit gegenüber Salvarsan, sodaß eine medikamentöse Beeinflussung des Leidens sehr erschwert war. Es mußte deshalb alles geschehen, daß wenigstens auf andere Weise für die Frau möglichst günstige Bedingungen geschaffen wurden:

Frau Z., 34 Jahre, 4 Geburten, 2 Fehlgeburten. Seit einem halben Jahr Tab. dors. Ueberempfindlichkeit gegen Salvarsan, deshalb keine Kur möglich. Das Leiden zeigt eine große Neigung zum Fortschreiten. Schwangerschaft m. 4. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Nach 5 Jahren Allgemeinbefinden sehr gut, inzwischen einmal Bismogenolkur. (397/26).

c) Bulbo-syringomyelie.

Die wegen Bulbo-syringomyelie sterilisierte Frau litt schon seit 15 Jahren und zwar schon vor ihrer 1. Schwangerschaft an dieser Krankheit und gab an, daß während jeder ihrer 4 Schwangerschaften die

Erscheinungen viel mehr sich verschlimmert hätten als in der Zwischenzeit. Allmählich war die Krankheit sehr weit fortgeschritten; linksseitig bestand eine ausgedehnte Atrophie, besonders der oberen Extremität, beide Hände waren in Kontraktionsstellung. Die Atrophie hatte auch die Gesichtsmuskulatur befallen. Wir haben die Frau in schwangerschaftsfreier Zeit sterilisiert, 3 Jahre später berichtet sie, das Leiden sei seither gleich geblieben. (1383/28).

d) Encephalitis.

Wegen einer wesentlichen Verschlimmerung eines Parkinsonismus während einer Schwangerschaft haben wir ebenfalls einmal sterilisiert. Die Pat. hatte 3 1/2 Jahre zuvor während ihrer 2. Schwangerschaft eine Encephalitis durchgemacht, im Anschluß daran hatte sich ein Parkinsonismus entwickelt, jetzt war die Pat. wieder schwanger (m. 3.), seither hatte sich das Leiden wesentlich verschlimmert. Wir haben deshalb die Schwangerschaft unterbrochen und sterilisiert. Bei der Operation zeigte sich als Nebenbefund ein tuberkulöser Ileocoecaltumor. Ob der nach 3 1/2 Jahre später erfolgte Tod der Pat. auf die Encephalitisfolgen oder die Darmtuberkulose zu schieben ist, muß dahingestellt bleiben. (818/24).

8) Erschöpfungszustände.

Im allgemeinen wird eine Berechtigung zur Sterilisierung bei Erschöpfungszuständen nicht anerkannt. Winter schreibt: „Die Aufgabe des Artztes ist mit der Behandlung dieser Erschöpfungszustände erledigt." Trotzdem sahen wir uns in einzelnen Fällen veranlaßt zu sterilisieren. Dabei waren mitbestimmend Nebenindikationen wie: große Kinderzahl, habitueller Abort, Prolaps, Hernien, Alter nahe der Klimax, schlechte wirtschaftliche Verhältnisse.

Wir haben in 4 Fällen von Erschöpfungszuständen sterilisiert und zwar einmal im Anschluß an Schwangerschaftsunterbrechung und 3 mal im Anschluß an eine gynäkologische Operation.

Im ersten Fall handelt es sich um eine 42jährige Frau, die aus 10 Geburten 6 lebende Kinder hatte, außerdem hatte sie 7 Fehlgeburten. Sie war durch die häufigen Schwangerschaften körperlich in einem so elenden Zustand, daß eine weitere Geburt sie noch mehr geschädigt hätte. So

haben wir die Schwangerschaft unterbrochen und sterilisiert. Die Frau erholte sich im Laufe der nächsten Jahre recht gut, schon allein deshalb, weil sie nicht jedes Jahr mit einer neuen Schwangerschaft und daraus folgender Arbeitsunfähigkeit rechnen mußte. (1040/21.)

In den 3 anderen Fällen haben wir notwendig werdende gynäkologische Operationen dazu benützt, gleichzeitig zu sterilisieren. In einem Falle war ausschlaggebend, daß die Frau sehr unter der Rohheit ihres psychopathischen Ehemanns zu leiden hatte:

Frau W., 34 Jahre. 1 Geburt, seither schlechte Leistungsfähigkeit, hochgradige Unterernährung, Prolaps. Der Ehemann ist Psychopath. Sein Zustand hat sich in letzter Zeit wesentlich verschlimmert. Therapie: Alexander-Adams, Sterillisierung, hintere Plastik. (PP. 347/25).

9) Haemolytischer Ikterus.

Der haemol. Ikterus war bei der von uns sterilisierten Frau zum 2. Mal mit besonderer Stärke während einer Schwangerschaft aufgetreten. Die erste Schwangerschaft war ohne Besonderheiten verlaufen, bei der 2. war in den letzten Monaten ein haemol. Ikterus aufgetreten, der erst 3 Monate nach der Geburt abklang. Bei der jetzigen 3. Schwangerschaft bestand vom 2. Monat ab ein Ikterus mit starker Anaemie und riesigem Milztumor. Das Herz war mitbeteiligt. Seit Anfang der Schwangerschaft bestand eine große Blutungsneigung;

Frau M., 29 Jahre, 2 Geburten, In den letzten Monaten der 2. Schwangerschaft bis 3 Wochen nach der Gebunt Ikterus, ab und zu Blutungen, riesiger Milztumor bei starker Anaemie. Blutbild: Hb 36%. Eryth. 3,3 Mill. Leuko. 11200, Poikilocytose-Anisocytose, einige kernhaltige Eryth., Linksverschiebung. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: Besserung des Ikterus. Nach einem Jahr Milzexstirpation, danach vollkommen beschwerdefrei. (1514/26).

10) Lymphogranulomatose.

Eine Pat. litt seit 2 Jahren an Lymphogranulomatose, die zu einem Intestinaltumor geführt hatte. Ursprünglich wollten wir bei der Frau die Schwangerschaft unterbrechen und dann röntgenkastrieren, da wir uns von der Röntgenbestrahlung einen günstigen Einfluß auf den Intestinaltumor versprachen. Die Frau wollte aber, obwohl sie schon 43 Jahre alt war, die Periode erhalten haben, deshalb mußten wir sie

operativ sterilisieren. 3 Jahre später starb sie an der Lymphogranulomatose. (1216/27).

11) Bronchiektasen.

Wegen Bronchiektasen sterilisierten wir ebenfalls in einem Fall. Die Frau litt schon seit 14 Jahren an chronischer Bronchitis. Im Laufe der letzten Jahre hatten sich Bronchiektasen ausgebildet. Der Allgemeinzustand war ein ziemlich schlechter. Schon 2 mal war wegen der Bronchiektasen eine Schwangerschaft unterbrochen worden (948/26).

C) Medizinisch-eugenische Indikationen.

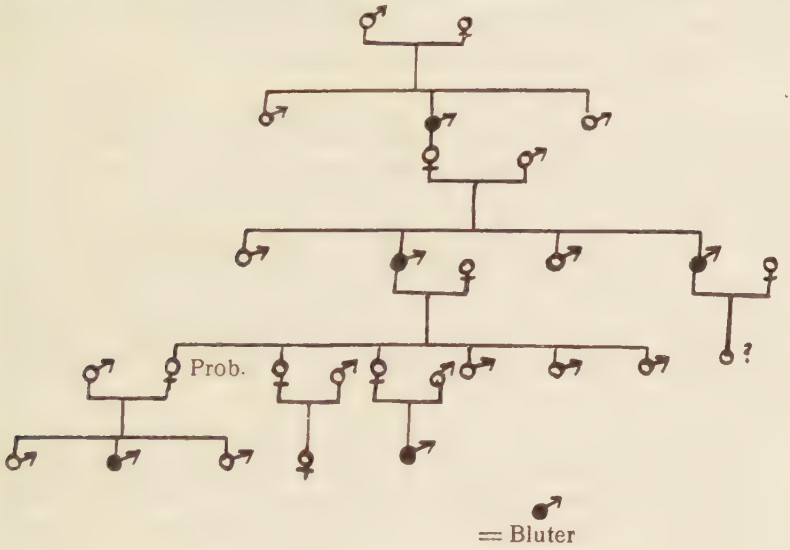
Neben den geburtshilflich-gynäkologischen und rein medizinischen Indikationen stehen noch als dritte die medizinisch-eugenischen bezw. die rein eugenischen Indikationen. In den Jahren 1918—30, als wir diese Operationen ausführten, waren die eugenischen Sterilisierungen noch sehr umstrittenes Gebiet. Es war damals nach streng rechtlichem Begriff nicht erlaubt, nur aus eugenischer Indikation zu sterilisieren. Wohl gab es in anderen Staaten schon Gesetze, die die Sterilisierung von geistig und sittlich Minderwertigen forderten, so vor allem in Kalifornien, aber auch anderen Staaten von U. S. A. und in einzelnen Kantonen der Schweiz. Heute liegt das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. 7. 1933 vor und wir führen diese Sterilisierungen im Auftrage des Staates aus.

Einfacher liegen die Dinge, wenn es sich neben der eugenischen Indikation noch um eine medizinische handelt, bei der ja dann der sog. „übergesetzliche Notstand" besteht.

1) Haemophilie.

Wir haben eine Frau sterilisiert, in deren Familie sich die Haemophilie verfolgen ließ und die selbst unter 3 Kindern 1 Bluter hatte. Daneben war diese Frau infolge mehrerer pathologischer Geburten. (2 mal Placentarlösung und Atonie) in einem schlechten Allgemeinzustand und sehr verbraucht. Eine große Rolle spielte dabei sicher, daß die Frau in dauernder Angst lebte, noch mehr kranke Kinder zu bekommen. Die Kinderklinik, die den kranken Jungen der Frau schon

mehrfach in Behandlung hatte, urteilte: „Absolute Indikation zur Sterilisierung und Unterbrechung. Atypische Vererbung sowohl auf männliche als auch auf weibliche Glieder." Auffallend war jedenfalls, daß auch die Pat. selbst eine große Blutungsneigung hatte. (823/28).



Stammbaum der Bluter-Familie H.

2. Epilepsie.

Bei der Epilepsie können es sowohl medizinische als auch — bei der genuinen Epilepsie — eugenische Gründe sein, die uns zur Sterilisierung veranlassen. Man nimmt an, daß etwa 30% (Marburg) aller Epilepsien genuin sind, also Epilepsien, bei denen die Nachkommenschaft epilepsiegefährdet ist. In etwa 36% (Nullinger) bis 50% (Frisch) führt die Schwangerschaft bei Epilepsie zu einer Verschlimmerung des Leidens, während allerdings in 17—20% (Frisch) eine Besserung eintritt. Die Verschlimmerung kann bis zu lebensbedrohlichem Status epilepticus führen.

Wir haben in 7 Fällen von Epilepsie sterilisiert. 3 mal haben wir gleichzeitig mit der Sterilisierung eine Schwangerschaft unterbrochen,

da einerseits bei diesen Frauen seit Bestehen der Schwangerschaft die Anfälle bedrohlich zugenommen hatten und andererseits auch eugenische Erwägungen mitsprachen.

Bei einer der Frauen war eine Charakteränderung im Sinne der Epilepsie entstanden, bei einer andern war die Krankheit schon bis zu einer typischen Epilepsie-Demenz fortgeschritten:

Frau G., 33 Jahre, keine Geburt, schon als Kind epileptische Anfälle. Jetzt Schwangerschaft, seither Zunahme der Anfälle, (täglich 2). Epileptische Demenz. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: gehäufte Epileptische Anfälle, vom 3. Tag ab Besserung, sonst o. B. (544/21).

Frau Sch., 31 Jahre, 3 Geburten, Vater und eine Schwester Epileptiker. / Selbst seit 15 Jahren epileptische Anfälle. / ebenso 2 Kinder. / Jetzt Schwangerschaft m. 3, seither Verschlimmerung der Epilepsie (Täglich 1—2 Anfälle). Charakterveränderung im Sinne der Epilepsie, Abtreibungsversuch. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: o. B. Besserung der Epilepsie. (925/24.

Frau K., 24 Jahre, 2 Geburten. Seit 5 Jahren Epilepsie, besonders schlimm während beider Schwangerschaften. Jetzt Schwangerschaft m. 5. Seither gehäufte Anfälle. Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung. Postoperativ: Anfänglich gehäufte Anfälle, dann Besserung. Sonst o. B. (312/29).

In erster Linie aus eugenischen Gründen haben wir bei 4 Frauen eingegriffen, die wir nur sterilisierten. In allen 4 Fällen bestand eine sichere genuine Epilepsie. In einem Fall z. B. litt die Frau selbst an Epilepsie, außerdem 1 Schwester derselben. Von den beiden Kindern der Pat. litt eines an Epilepsie, das andere war schwachsinnig und litt an einer Halbseitenlähmung. (580/29).

Eine andere Frau stand seit Jahren wegen ihrer Epilepsie in Behandlung. Wegen ihres Leidens war ihr dringend von einer Heirat abgeraten worden. Sie hatte vor einiger Zeit trotzdem geheiratet und litt seither an vermehrten Anfällen, ohne daß es bis jetzt zu einer Schwangerschaft gekommen wäre.

Frau V., 36 Jahre, keine Geburt. Seit Jahren in Behandlung wegen Epilepsie. Heiratsverbot. Seit kurzem verheiratet. Seither vermehrte epileptische Anfälle. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: Anfälle von Petit-mal. sonst o. B. Nach 1½ Jahren Suicid. (PP. 241/25).

3) Psychosen.

Auch bei den Psychosen waren die Gründe für die Sterilisierung zumeist eugenischer und medizinischer Art. Wir haben 5 mal im Anschluß an Schwangerschaftsunterbrechung sterilisiert, 6 mal im Anschluß an eine gynäkologische Operation und 3 mal haben wir nur sterilisiert, insgesamt also 14 mal.

a) Psychopathie.

11 Frauen litten an Psychopathie, darunter waren 8 mit schweren Depressionen und ernstlichen Selbstmordgedanken. Diese Frauen waren infolge ihrer psychischen Erkrankung auch körperlich stark heruntergekommen. Häufig spielten dabei äußere Gründe eine große Rolle, z. B. große Kinderzahl, schlechte soziale Verhältnisse, rücksichtsloser Ehemann.

In 5 Fällen waren Selbstmord- bezw. Kindsmordversuche vorausgegangen, 3 mal handelte es sich dabei um rezidivierende Psychosen in Schwangerschaft bezw. Wochenbett. Eine dieser 3 Frauen hatte nach der 2. und 3. Geburt eine Wochenbettpsychose. Seit der Psychose im 2. Wochenbett vor 2 Jahren war die Frau nicht mehr ganz gesund, sie hatte mehrfach Kindsmordversuche unternommen. Auch nach der Sterilisierung unternahm die Pat. noch mehrfach Selbstmordversuche, dann besserte sich der Zustand allmählich etwas;

> Frau St., 30 Jahre, 3 Geburten. Im 2. und 3. Wochenbett Depressionen. Seit der 2. Geburt wiederholt schwere Depressionen und Kindsmordversuche. Jetzt wieder schwere Depression mit Selbstvorwürfen. Therapie: Sterilisierung und Appendektomie. Postoperativ: o. B. (48/28).

b) Zirkuläres Irresein.

Zweimal haben wir wegen zirkulären Irreseins sterilisiert, einmal in Zusammenhang mit Schwangerschaftsunterbrechung und einmal nur sterilisiert. Beide Frauen waren unverheiratet.

Die eine war im Zustand leicht gehemmter Depression geschwängert worden, und seither hatte sich der Depressionszustand bis zur festen Selbstmordabsicht verschlimmert. Das Mädchen war erblich stark belastet: der Vater hatte Selbstmord begangen und eine Schwester litt ebenfalls an zirkulärem Irresein. Die Pat. selbst war seit 5 Jahren krank und war wegen ihres Leidens zu keinerlei Arbeit zu gebrauchen. (700/29)

Das andere Mädchen litt an zirkulärem Irresein mit Nymphomanie In ihren zumeist manischen Phasen ließ sie sich mit jedem Landstreicher ein:

Frl. T. 22 Jahre, keine Geburt. Körperlicher Befund: o. B. Manisch-depressives Irresein mit Nymphomanie. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (1232/29).

c) Schizophrenie des Ehemannes.

Wegen Schizophrenie des Ehemannes haben wir eine Frau sterilisiert. Es wäre hier natürlich richtiger gewesen, wir hätten den Ehemann sterilisiert. Heute wäre dies auch gesetzlich durchzuführen, bei der damaligen Lage gab es aber nur einen Ausweg, die Frau zu sterilisieren, da der minderwertige Mann nie zu einer Sterilisierung sich bereit erklärt hätte. Da die Frau mehrere Kinder hatte und körperlich und seelisch vollkommen erschöpft war, bestand schon eine medizinische Indikation von Seiten der Frau zur Sterilisierung:

Frau Sch., 32 Jahre, 4 Geburten, mäßiger Ernährungszustand, Allgemeinzustand, ziemlich reduziert. Ehemann leidet an Schizophrenie. Therapie: Sterilisierung (evtl. spätere Wiederherstellung der Fruchtbarkeit). Postoperativ: o. B. (888/29)

4. Imbezillität.

Wegen angeborenem Schwachsinn — heute der häufigsten Veranlassung zur gesetzlichen Unfruchtbarmachung — haben wir 3 Frauen sterilisiert. Diese 3 Frauen waren nicht nur schwachsinnig, sondern auch moralisch äußerst minderwertig. Bei allen 3 war die Sterilisierung von den zuständigen Amtsärzten und Bürgermeistern beantragt worden. Die psychiatrische Klinik stimmt diesen Anträgen voll und ganz zu.

Eine der 3 Frauen war verheiratet, aber nur eins ihrer Kinder war von ihrem Ehemann. Wer der Vater ihrer andern 2 Kinder war, wußte sie nicht anzugeben. Die Kinder waren äußerst vernachlässigt. Die Frau hatte 6 Geschwister, wovon 2 in einer Schwachsinnigenanstalt untergebracht waren:

Frau Sch., 31 Jahre, 3 Geburten, 1 Fehlgeburt. 6 Geschwister von verschiedenen Vätern, 2 Geschwister in Schwachsinnigenanstalt, Kinder sehr vernachlässigt. Starke geistige Defekte (2stellige Rechenaufgaben werden gelöst). Ueberwiesen von Amtsartzt uud Bürgermeister, sowie einem auswärtigen Psychiater. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ: o. B. (427/29).

Bei den beiden anderen Frauen, die nicht verheiratet waren, verhielt es sich ähnlich. Eine der beiden war Dirne und hatte ein 3jähriges Kind. Der Schwachsinn war hier so hochgradig, daß sie uns so gut wie keine anamnestischen Angaben machen konnte. Bei der dritten kam noch hinzu, daß der Vater der Pat., die Pat. selbst und ihre 3 Kinder Wolfsrachen und Hasenscharten hatten, sodaß also neben der geistigen Erbkrankheit noch eine körperliche Erbkrankheit bestand:

Frl. W., 26 Jahre, 1 Geburt. Anamnese ?? hochgradig schwachsinnig. Puella vagans, moralisch und geistig minderwertig. Therapie: Sterilisierung (im Interesse der Pat. und auch aus eugenischen Gründen). Postoperativ: o. B. (984/30).

Frl. K., 27 Jahre, 3 Geburten. Alle 3 Kinder haben Hasenscharten und Wolfsrachen. Vater der Pat. hatte ebenfalls Hasenscharte. Mutter war geisteskrank. Pat. selbst ist schwachsinnig, leidet an Diabetes, hat außerdem Hasenscharte und Wolfsrachen. Therapie: Sterilisierung. Postoperativ; Pleuritis, am 28. Tag gesund entlassen. (1148/30).

III. Sterilisierungsmethoden.

Methoden der Sterilisierung gibt es ungezählte. Die ältesten Versuche finden wir bei den Völkern des Altertums und bei den Naturvölkern; Eingriffe an den äußeren Genitalien wie Infibulation u. ähnl. Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke, künstliche Lageveränderungen der Gebärmutter, Zerdrücken der Eiersöcke.

Später waren es vor allem dann solche Methoden, die auf eine Entfernung der Gebärmutter oder Eierstöcke hinausliefen. Diese Methoden sind alle für einfache Sterilisierung zu eingreifend, und soweit sie die Eierstöcke entfernen, von unerwünschten Nebenwirkungen-Kastration.

Die heute gebräuchlichsten Methoden greifen in irgend einer Form an den Eileitern an. Schon 1819 schlug der Engländer Blundell vor, durch Resektion eines Eileiterstücks im Anschluß an Kaiserschnitt zu sterilisieren, um einen zweiten Kaiserschnitt zu vermeiden. Es folgen dann im letzten Jahrhundert immer wieder solche und ähnliche Versuche. Erst durch Kehrer kam Ende des letzten Jahrhunderts eine Anregung, die die Tuben-Sterilisierung als praktisch durchführbare Operation in Anwendung brachte.

Wir haben immer durch Eingriffe an den Eileitern sterilisiert und zwar sind wir in der Regel per laparotomiam vorgegangen (186 mal). Bei vorausgehendem Kaiserschnitt konnten wir so beide Operationen in einer Sitzung erledigen; ebenso bei vorausgehender Schwangerschaftsunterbrechung, wo wir dann die Schwangerschaft mit Uterusschnitt beendeten und gleichzeitig sterilisierten.

War gleichzeitig eine Prolapsoperation nötig, so haben wir zumeist das vaginale Vorgehen bevorzugt (20 mal). Selten haben wir durch den Leistenkanal sterilisiert (13 mal).

Die Eingriffe an den Tuben waren folgende:

1. Resektion eines Tubenstücks.
2. Keilexcision beider Tuben aus dem Uteruswinkel mit Peritonealisierung.
3. Verlagerung der Tube in den Leistenkanal bei gleichzeitiger Alexander-Adams-Operation.

4. In den letzten Jahren sind wir vorwiegend nach der von Madlener angegebenen Methode vorgegangen, und zwar in insgesamt 95 Fällen. Die Madlener'sche Methode erwies sich als sehr einfacher Eingriff, der völlig blutlos durchzuführen war und in kürzester Zeit beendet war.

Anhang: Versager.

1. Bei einer in unserer Klinik sterilisierten Frau.

Wir haben zwar einen Versager mit nachfolgender Schwangerschaft bei der Madlener'schen Operation zu verzeichnen — übrigens der einzige Versager unter unseren 219 Sterilisierungs-Operationen.

Wir haben die Frau 1928 wegen Tuberkulose sterilisiert. Postoperativ hatte sich ein Douglasexudat gebildet. Ein Jahr später wurde die Frau wieder schwanger. Inzwischen war die bisher aktive Tuberkulose in ein latentes Stadium übergegangen und wir konnten es wagen, die Frau ihr Kind austragen zu lassen. Später sterilisierten wir die Frau dann aufs neue durch keilförmige Excision der Tuben aus dem Uterus. Bei der Operation fanden wir die Tuben an der früheren Unterbindungsstelle völlig durchtrennt. Links fand sich zwischen den beiden Tubenhälften ein kleines Gewebstückchen (die abgebundene Schlinge), hier war der uterine Tubenstumpf durchgängig, während er rechts vollkommen undurchgängig war. Es scheint, als wäre es zu dieser vollkommenen Durchtrennung der Tuben durch übergroße Brüchigkeit des Gewebes infolge des nach der ersten Operation aufgetretenen Douglasinfiltrats gekommen. (970/28).

2. Bei einer außerhalb sterilisierten Frau.

Bei einer Frau fanden wir einen Versager einer außerhalb vorgenommenen Sterilisierung. Ein Jahr vorher war bei der Frau ein kleines Tubenstück reseciert worden. Es war dann wieder zur Schwangerschaft gekommen. Wir haben im Anschluß an die Schwangerschaftsunterbrechung beide Tuben keilförmig excidiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab beiderseits Durchgängigkeit der Tuben auch an den Narbenstellen. (476/26).

IV. Todesfälle und sonstige Komplikationen.

A. Todesfälle.

Im Anschluß an die Sterilisierungsoperationen starben insgesamt 9 Frauen, d. i. 4%. Wir dürfen aber diese 9 Todesfälle nicht alle auf die Rechnung der Sterilisierungsoperation setzen.

Bei 4 Frauen geht die Todesursache auf das Grundleiden zurück.

Von den wegen Tuberkulose sterilisierten Frauen starb eine einige Tage nach Sterilisierung im Anschluß an Schwangerschaftsunterbrechung an Miliartuberkulose. (Geb. 107/19, S. 32).

Von den wegen Herzfehler sterilisierten Frauen starben 3 im Anschluß an die Operation infolge Herzinsuffizienz. (Geb. 227/21, Geb. 103/27, 868/29 S. 36) 2 von diesen Frauen starben direkt an Herzinsuffizienz, die 3. war infolge Insuffizienz ihres Herzens den Anforderungen einer restlichen Grippeinfektion nicht gewachsen. (Geb. 103/27).

Auch 2 weitere Todesfälle sind nicht eigentlich der Operation zur Last zu legen. So konnte in einem Falle trotz Bestehen einer Bronchitis die Operation wegen lebensgefährlicher Placenta praevia nicht verschoben werden. Im Anschluß an die Operation entwickelte sich eine Pneumonie, die zum Tode führte (Geb. 743/25 S. 11).

Die andere Patientin, die wir wegen Asthma sterilisierten, starb am 11. Tag nach der Operation an Lungenembolie.

Es bleiben dann noch 3 Frauen, die wir durch Peritonitis verloren. Bei diesen Frauen entwickelte sich die Peritonitis im Anschluß an die Operation. In 2 Fällen kam als wesentliche Operation noch ein Kaiserschnitt zur Sterilisierung hinzu und im 3. Fall eine vordere und hintere Plastik, außerdem war in diesem 3. Fall bei der vaginalen Sterilisierung am Durchschneiden der Unterbindung und der Rötung der Tuben eine schon vorhandene Infektion derselben zu erkennen:

1) Frau G. 36 Jahre, 4 Geburten, 2 Kinder leben. Wiederholt pathologische Geburten wegen engen Beckens und Atonie. Ende der 4. Schwangerschaft. Therapie: Kaiserschnitt und Sterilisierung. Postoperativ: Am 3. Tag beginnender Ileus, dem die Frau am 5. Tag erlag. Sektionsbefund: eitrig-fibrinöse Peritonitis, beginnende allgemeine Peritonitis. Ileus. Bauchdeckenabzess. (Geb. 50/20).

2) Frau S 35 Jahre, 5 Geburten (2 mal Perforation, 1 mal Kaiserschnitt), alte Plastik. Ende der 6. Schwangerschaft, sehr großes Kind, Querlage. Wendung des Kindes gelingt nicht, schlechte Herztöne, deshalb Kaiserschnitt mit anschließender Sterilisierung. Postoperativ: 3. Tag starke motorische Unruhe, sehr schlechter Puls. Exitus. Sektionsbefund: ausgedehnte Peritonitis. Uteruswand und Cavum uteri frei. (Geb. 26/25).

3) Frau K., 31 Jahre, 3 Geburten. 3. Geburt Querlage. Nach der 2. Geburt erstmals Prolaps, vor 3 Jahren vordere und hintere Plastik. 3. Geburt vor 1 Jahr, seither Prolaps-Recidiv, ein Ring hält nicht mehr, Scheideneingang klafft, Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand. Therapie: Blasenraffnaht, vordere und hintere Plastik mit Sterilisierung. (Bei der Operation zeigt sich die linke Tube gerötet, die Unterbindung schneidet hier durch). Postoperativ: Am 9 Tag Schüttelfrost, Bronchopneumonie, Pelvioperitonitis. Am 12. Tag Exitus. Sektionsbefund: links eitrige Salpingitis, fibrös-eitrige Perimetritis. Die Plastik ist glatt geheilt. (249/29).

Die Todesfälle verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Operationsgebiete:

Steril. und Sect. caes.	Steril. und Ab. art.	Steril. und gyn. Op.	nur Steril.
5 (Perit.: 2)	3 (Perit.: o)	1 (Perit.: 1)	0 (Perit.: 0)

Wir haben also keinen Todesfall auf die reine Sterilisierung als solche zu buchen.

Demnach betrug also die Sterblichkeit bei unseren sämtlichen 219 Sterilisierungsoperationen 3 Fälle — 1,4 %, bei den Sterilisierungsoperationen allein ohne eine andere Operation — 0 Daraus ist zu ersehen, daß die Sterilisierungsoperation an sich ungefährlich ist, wie es sich uns auch in den letzten Jahren an den gesetzlichen Sterilisierungsoperationen aus eugenischen Gründen gezeigt hat.

B) Sonstige postoperative Komplikationen.

Sonstige postoperative Komplikationen haben wir insgesamt 26 zu verzeichnen und zwar:

7 mal Komplikationen von Seiten der Lunge.
(Pneumonie und Pleuritis).
2 mal Peritonitis
6 mal Thrombose
3 mal Douglas-Abzeß
4 mal Bauchdeckenabzeß
1 mal Cholecystitis
1 mal Cystitis
1 mal Mastitis (nach Kaiserschnitt).
1 mal Campherabzeß.

Literatur-Verzeichnis.

Baisch: Verhandlungen der dtsch. Ges. f. Geb. und Gyn. 1913, Bd. 15, S. 40.

Bonhöfer: Berl. Kl. Wo. 1918, Nr. 1.

Engelmann: Sterilität und Sterilisierung. Veit-Stoeckel: Handbuch der Gyn.

Fraenkel: Sterilisierung und Konzeptionsverhütung. Arch. f. Gyn. 1930, Bd. 144 H. 1. S. 87.

Frisch: Neurolog. u. psych. Indikationen zur vorzeit. Unterbrechung der Schwangerschaft vom strafrechtl. Standpunkt. Wien. Kl. Wo. 1931, S. 915.

Gänssle: Ueber Ergebnisse der Prolapsoperation. Mtsch. f. Geb, u. Gyn. Bd. 70 (1025), S. 295.

Isenberg: Ueber die Methoden der künstl. Sterilisierung des Weibes. Diss. Tübingen 1911.

Kautsky: Schwangerschaft und Mitralstenose. Arch. f. Gyn. Bd. 106, S. 121.

Kehrer: Versuche über Kastration u. Erzeugung von Hydrosalpinx. Ztbl. f. Gyn. Bd. 11, 1887, S. 687.

Kehrer: Sterilisation mittels Tubendurchschneidung nach vorderem Scheidenschnitt. Ztbl. f. Gyn. Bd. 21. 1897, S. 961.

Madlener: Ueber sterilisierende Operationen an den Tuben. Ztbl. f. Gyn. 1919, Nr. 20, S. 380.

Madlener: Die Sterilisierung durch Tubenquetschung. Ztbl. f. Gyn. 1926, Nr. 4 S. 219.

Marburg: Wien. Kl. Wo. 1931. S. 914.

Mayer, A.: Ueber Sterilitätsoperationen. Mü. med. Wo. 1925. Nr. 42, S. 1727.

Mayer, A.: Bemerkungen über Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose. Ztschr. für Tbc. Bd. 51, S. 109 (1928).

Mayer, A.: Stellungnahme zur Indikation der künstl. Schwangerschaftsunterbrechung. Mü. med. Wo. 1930, Nr. 2 S. 1239.

Mayer, A.: Zur Frage der operativen Sterilisierung. Med. Kl. 1932, Nr. 42.

Mayer, A.: Medizinisch-juristische Grenzfragen zur operativen Sterilisierung. Mtsch. f. Geb. u. Gyn. 1932, S. 99.

Mayer, A: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. 86, S. 647. (1935).

Menge: Ztbl f. Gyn. 1918, Nr. 48 S. 873.

Menge: Beitrag zur operativen Sterilisierung der Frau. Ztbl, f. Gyn. 1900, S. 553.

Pankow: Künstliche Sterilisierung. Halben-Seitz: Lehrbuch der Biol. u. Path. des Weibes Bd. 3 (1924).

Romberg: Die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose, Mü. med. Wo. 1931, 1, S. 17.

Seitz: Döderleins Handb. d. Geb. 2. Bd. S. 286.

Seitz: Verh. d. dtsch. Ges. f, Gyn. Bd. 15, S. 332 u. 363.

Sellheim: Kastration und Knochenwachstum. Hegars Beiträge f. Geb. u. Gyn. Bd. 2 (1899) S. 236.

Winter: Die Indikationen zur künstlichen Sterilisierung der Frau. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien 1920 und D. med. Wo. 1920 Nr. 1, S. 1.

Lebenslauf.

Ich, Gudrun Haas, bin geboren am 25. September 1904 in Böblingen als Tochter des prakt. Arztes Dr. med. Ernst Haas. 1911—1923 besuchte ich die Volksschule und das Realprogymnasium in Böblingen und das Königin-Charlotte-Gymnasium in Stuttgart. Nach Ablegung der Reifeprüfung machte ich einen Hebammenkurs an der Landeshebammenschule in Stuttgart mit, und war nach meiner Approbation als Hebamme einige Zeit als solche tätig.

1926 wandte ich mich dem Studium der Medizin zu. Ich studierte in München, Tübingen und Berlin. 1932 legte ich das medizinische Staatsexamen in Tübingen ab. Med.-Praktikantin war ich an der chirurgischen (Geh. Rat Dr. Große) und der innern (Prof. Dr, Weitz) Abteilung des städt. Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt. Danach war ich Volontärärztin an der Abteilung von Prof. Weitz (1 Jahr) und Assistenzärztin an einer Privatfrauenklinik in Zwickau/Sa (1 Jahr). Nach weiterer Vertretertätigkeit stehe ich jetzt vor meiner Niederlassung als praktische Aerztin, die zum 1. April 1936 erfolgen wird.